

# Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2015-2019

**SAMDATA**

**SPESIALISTHELSETJENESTEN**

---

Rapport

IS-2952





# Innhold

Sammendrag	3
<b>1. Pasienter i det psykiske helsevernet</b>	<b>9</b>
1.1 Pasienter etter kjønn og alder 2014-2019	9
1.2 Regionale forskjeller i aldersfordelingen	12
1.3 Pasienter etter alder, kjønn og tjenestetype	20
1.4 Døgnpasienter i 2015 og i 2019	22
1.5 Polikliniske pasienter i 2015 og i 2019	22
1.6 Pasienter hos avtalespesialistene i 2015 og i 2019	23
<b>2. Befolkningens bruk av psykisk helsevern for barn og unge</b>	<b>25</b>
2.1 Nasjonale utviklingstrekk	25
2.2 Regionale utviklingstrekk	29
2.3 Bruk av poliklinisk behandling i regionene	32
2.4 Bruk av døgnbehandling i regionene	36
2.5 Datagrunnlag	41
<b>3. Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge</b>	<b>42</b>
3.1 Utvikling i døgnplasser i tjenestene til barn og unge	42
3.2 Døgnplasser relatert til befolkningsgrunnlaget	43
3.3 Grunnlagstall 2010-2019	43
<b>4. Forløp etter utskrivning fra døgnbehandling i det psykiske helsevernet for barn og unge</b>	<b>45</b>
4.1 Forløp ett år etter utskrivning fra døgnbehandling	45
4.2 Forløp 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling	46
<b>5. Befolkningens bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne</b>	<b>48</b>
5.1 Utviklingen i behandlingsaktivitet nasjonalt 1998-2019	48
5.2 Pasienter nasjonalt 2010-2019	49
5.3 Pasienter og behandlingsaktivitet etter tjenestetype og hoveddiagnose	50
5.4 Utviklingen i behandlingsaktivitet nasjonalt og regionalt fra 2015 til 2019	60
5.5 Behandlingsprofiler i regionene i 2019	69

<b>6.</b>	<b>Døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne</b>	<b>73</b>
6.1	Utviklingen nasjonalt 1998-2019	73
6.2	Utviklingen nasjonalt og regionalt 2015-2019	74
<b>7.</b>	<b>Forløp etter utskrivning fra døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne</b>	<b>76</b>
7.1	Poliklinisk kontakt 30 dager etter utskrivning	76
7.2	Videre forløp 30 dager etter utskrivning	77
7.3	Videre forløp 1 år etter utskrivning fra det psykiske helsevernet for voksne	79
<b>8.</b>	<b>Befolkningens bruk av TSB</b>	<b>81</b>
8.1	Nasjonale utviklingstrekk	81
8.2	Regionale utviklingstrekk	82
8.3	Pasientenes alder og kjønn	86
8.4	Bruken av oppholdsdøgn og innleggelser i regionene	90
8.5	Bruken av øyeblikkelig hjelp i regionene	93
8.6	Poliklinisk tilbud i regionene	99
<b>9.</b>	<b>Døgnplasser i TSB</b>	<b>104</b>
9.1	Antall døgnplasser ved helseforetak og private avtaleinstitusjoner	104
9.2	Antall døgnplasser relatert til befolkningsgrunnlaget	106
9.3	Grunnlagstabell for døgnplasser	106
<b>10.</b>	<b>Døgnbehandling i TSB</b>	<b>108</b>
10.1	Innleggelser som øyeblikkelig hjelp ved foretakene	108
10.2	Varigheten av døgnbehandlingen ved foretakene	109
10.3	Forløp etter utskrivning fra døgnbehandling	110
10.4	Datagrunnlag	114
	<b>Vedleggstabell- grunnlagsdata</b>	<b>116</b>

# Sammendrag

## Stabile pasient-tall i det psykiske helsevernet 2015-2019, fortsatt vekst i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

I 2019 var totalt 56 000 personer i kontakt med institusjoner og poliklinikker innen det psykiske helsevernet for barn og unge, 154 000 personer var i kontakt med institusjoner og poliklinikker for voksne, mens 52 000 personer var i kontakt med en avtalespesialist i psykiatri eller psykologi. Totalt var 252 000 personer i kontakt med tjenestene, mot 248 000 fem år tidligere.

I løpet av 2019 fikk om lag 33 000 voksne pasienter behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette var en økning på 2 prosent i løpet av det siste året. I løpet av perioden fra 2015 til 2019 var det en samlet vekst i antall pasienter i TSB på 4 prosent og veksten var i samme størrelsesorden for både døgnpasienter og pasienter som kun var i poliklinisk behandling.

Dette er noen av resultatene som framkommer i denne rapporten. I rapporten beskrives utviklingen i behandlingsaktiviteten nasjonalt og regionalt innenfor det psykiske helsevernet og i TSB. Regionale tall er i hovedsak avgrenset til perioden fra 2015 til 2019. Nasjonalt viser vi også lengre tidsserier. Indikatorer for virksomheten i helseforetak og foretaksområder finnes på Helsedirektoratets hjemmesider: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten>

## Pasienter i det psykiske helsevernet

### Aldersfordeling

I 2019 var 5,0 prosent av guttene og 4,4 prosent av jentene under 18 år i kontakt med tjenestene, totalt 4,7 prosent. Tilsvarende rater for de over 18 år var 3,7 prosent av mennene og 5,7 prosent av kvinnene, totalt 4,6 prosent.

Både for kvinner og menn steg i 2019 raten fram til aldersgruppen 16-17 år, der hhv. 11,7 og 6,9 prosent av befolkningen er i kontakt med tjenestene. Siden 2015 har det for begge kjønn vært en økning for aldersgruppene 18-29 år. Det kan dermed se ut til at gruppene med de høyeste ratene i 2015 fortsatte å ha en høyere rate 4 år senere enn tilsvarende aldersgrupper i 2015. For befolkning 18 år og eldre sank pasientraten med stigende alder. Fra 2015 til 2019 sank i tillegg pasientraten for aldersgruppene 40 år og eldre. Tendensen til synkende rater med økende alder har dermed blitt ytterligere styrket.

Pasienter hos avtalespesialistene hadde en annen kjønns- og aldersfordeling enn pasientene ved poliklinikkene og ved døgnavdelingene. Hovedtyngden av avtalepasientene var i alderen 23 til 49 år. Ratene var langt høyere for kvinner enn for menn.

Aldersfordelingen var gjennomgående den samme i alle regionene. Helse Sør-Øst hadde likevel noe lavere rate enn de øvrige regionene fram til 30 års alder, mens Helse Nord hadde betydelig høyere rater fram til 23 års alder. Helse Midt-Norge hadde høye rater for aldersgruppene 18-29 år. Helse Nord og Helse Midt-Norge hadde også høyere rater enn de øvrige regioner for de eldste aldersgruppene (80 år og over).

## **Psykisk helsevern for barn og unge**

I siste 20 års-periode var det en kraftig vekst i omfanget av pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. I forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008), var det en økning fra om lag 2 til nær 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen som var i kontakt med tjenesten. Denne veksten kom primært i poliklinisk virksomhet, med en betydelig økning i antall polikliniske kontakter i perioden. Etter opptrappingsperiodens slutt, avtok veksten både i pasient- og konsultasjonsratene og har de senere årene flatet ut. Fra 2015 avtok konsultasjonsraten, spesielt etter endring i finansieringssystemet i 2017 (ISF). Siste år var det derimot en svak vekst i polikliniske kontakter.

### **Stabile pasientall i tjenestene til barn og unge**

I 2019 var 58 304 pasienter i kontakt med det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette omfatter både pasienter behandlet i offentlige tjenester i psykisk helsevern og pasienter hos avtalespesialister. Det var lite endring i antall pasienter i kontakt med tjenestene til barn og unge fra 2015 til 2019 (0,3 prosent). Korrigert for befolkningsutviklingen var det en svak vekst i den samla pasientraten i perioden (1,1 prosent).

### **Poliklinisk og ambulant behandling**

De fleste pasientene i det psykiske helsevernet for barn og unge mottar poliklinisk behandling, mens et betydelig mindre antall er i døgnbehandling. Blant de polikliniske pasientene var det en økende andel som mottok ambulant behandling siste femårsperiode (fra 30 til 38 prosent). Det var allikevel bare en svak økning i andel ambulante kontakter i samme periode (fra åtte til ni prosent) i tjenestene til barn og unge.

### **Jenter i ungdomsalder bruker tjenestene i psykisk helsevern i størst grad**

Det var store forskjeller i bruk av tjenester blant jenter og gutter i ulike aldersgrupper i hele siste femårsperiode. Jenter i alderen 16-17 år (11,7 prosent) hadde en betydelig høyere pasientrate enn gutter (6,9 prosent) i samme alder i 2019. Dette gjaldt både i døgnbehandling og poliklinikk i samtlige regioner i hele perioden. Guttene i denne aldersgruppen hadde allikevel den største veksten i perioden.

For aldersgruppen 6-12 år hadde derimot gutter (6,6 prosent) betydelig høyere pasientrater enn jenter (3,6 prosent) i samme alder. Denne tendensen gjaldt i alle regioner i hele femårsperioden.

### **Geografiske forskjeller i bruk av tjenester blant barn og unge**

I hele perioden fra 2015 til 2019 hadde Helse Nord de høyeste og Helse Sør-Øst de laveste pasientratene for både jenter og gutter i alderen 0-17 år. Det var allikevel betydelige variasjoner både innad i regionene og mellom helseforetaksområdene i bruk av tjenester blant barn og unge. Mens omlag sju prosent av

barne- og ungdomsbefolkningen i Helse Førde-området og Helgeland var i kontakt med det psykiske helsevernet i 2019, var tilsvarende tall for barne- og ungdomsbefolkningen i Vestre Viken og deler av Oslo drøyt fire prosent. Relativt høye pasientrater hos avtalespesialister bidro til høye totale pasientrater i Telemark.

### **20 prosent av unge i døgnbehandling hadde en ny innleggelse innen 30 dager**

En av fem utskrivninger fra døgnbehandling (20 prosent) i det psykiske helsevernet for barn og unge resulterte i en ny innleggelse innen 30 dager i 2019. I siste femårsperiode gikk andelen ned fra 23 til 20 prosent. Nær halvparten av utskrivningene i 2018 (47 prosent) resulterte i en ny innleggelse innen ett år etter utskrivning.

Mange pasienter har poliklinisk kontakt med spesialisthelsetjenesten etter avsluttet døgnbehandling i psykisk helsevern. I 2019 ble 67 prosent av utskrivningene fra PHV-BU etterfulgt av en poliklinisk kontakt innen 30 dager. Denne andelen varierte mellom 59 prosent i Helse Midt-Norge og 70 prosent i Helse Vest.

### **Varighet av døgnopphold varierer med kjønn, alder og bosted**

I 2019 var varigheten av avslutta døgnopphold i tjenestene til barn og unge fem dager (median) for pasienter i aldersgruppen 0-17 år. Siden 2015 har det vært liten endring i behandlingens lengde for denne aldersgruppen.

I 2019 hadde jenter kortere døgnopphold (5 dager) enn gutter (9,5 dager), og øyeblikkelig hjelp-innleggelser hadde kortere varighet (3 dager) enn andre innleggelser (23 dager). Aldersgruppen 6-12 år hadde de lengste døgnoppholdene (25 dager), mens pasienter i alderen 13-15 år (6 dager) og 16-17 år (4 dager), hadde kortere opphold.

I Helse Sør-Øst var varigheten av døgnoppholdene lengre enn i de andre regionene i 2019, men innad i regionen var spredningen i behandlingens lengde svært ulik mellom foretaksområdene (median varighet varierte mellom 2 og 29 dager). I de øvrige regionene var det også forskjeller i behandlingens lengde mellom områdene, men svært lange opphold forekom i mindre grad, spesielt i region Midt-Norge.

### **Øyeblikkelig hjelpinnleggelser - geografiske forskjeller i nivå**

Fra 2015 til 2019 avtok raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser for aldersgruppen 0-17 år med 2 prosent. I samme periode økte de totale innleggelsene med nær 5 prosent. Andel ø-hjelpinnleggelser avtok dermed fra 62 til 57 prosent i perioden, en nedgang på fem prosentpoeng.

Det var ulikt nivå og utvikling på ø-hjelps- og innleggingsratene i regionene. I 2019 hadde Helse Nord dobbelt så høye ø-hjelps- og innleggingsrater (20 og 36 per 10 000 innbygger) som Helse Sør-Øst (10 og 17 per 10 000 innbygger). Ø-hjelpsinnleggelsene økte noe i begge disse regionene, men avtok i Helse Vest og Helse Midt-Norge. Forholdet mellom ø-hjelps- og innleggingsrater utgjør andel ø-hjelpsinnleggelser, denne andelen avtok i regionene etter 2017.

### **Døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge**

I det psykiske helsevernet for barn og unge var det 301 døgnplasser i 2019. Majoriteten av plassene var i de offentlige helseforetakene (253 plasser), mens 48 døgnplasser var i institusjoner med avtale med de

regionale helseforetakene. Fra 2015 til 2019 var det for perioden sett under ett en nedgang på 2 plasser. Det var imidlertid variasjoner i døgnplassstallet mellom de enkelte år.

Helse Nord hadde betydelig høyere døgnplassdekning (plasser per innbygger) enn i de andre regionene i hele siste femårsperiode. Regionen hadde nesten dobbelt så høy døgnplassdekning som Helse Vest og Helse Midt-Norge. Det var vekst i døgnplassdekningen i Helse Vest og Helse Nord i perioden, mens for landet samla var det liten endring i tilgjengeligheten til døgnbehandling for barne- og ungdomsbefolkningen fra 2015 til 2019, målt i døgnplasser per innbygger.

## **Psykisk helsevern for voksne**

### **Fortsatt nedgang i døgnaktiviteten**

Justert for befolkningsvekst ble antall oppholdsdøgn redusert med 55 prosent fra 1998 til 2019. Tallet på døgnplasser ble tilsvarende redusert. Sett i forhold til innbyggertallet, var det likevel fram til 2010 vekst i antall utskrivninger fra institusjonene, ettersom varigheten av de enkelte opphold ble redusert. En har siden hatt en svak nedgang i utskrivningsraten. Fra 2015 til 2019 har utskrivningsraten holdt seg stabil. I samme periode har raten for oppholdsdøgn blitt redusert med 8 prosent, mens raten for døgnplasser har gått ned med 12 prosent. Tallet på døgnpasienter ble i samme periode redusert med 2,5 prosent.

### **Økt kontakt etter utskrivning**

Fra 2015 til 2019 økte andelen utskrevde pasienter som innen 30 dager var i kontakt med det psykiske helsevernet, med TSB eller en avtalespesialist i psykiatri eller psykologi fra 62 til 64 prosent. Veksten kom ved de psykiatriske poliklinikkene, der andelen økte fra 55 til 57 prosent.

På landsbasis ble 24-25 prosent av de utskrevne pasientene innlagt på nytt i løpet av 30 dager, 16-17 prosent var reinnleggelser; ny innleggelse som øyeblikkelig hjelp. Andelen nye innleggelser har holdt seg stabil gjennom perioden. Derimot har andelen som bare hadde kontakt med de polikliniske tjenestene økt fra 45 til 47 prosentpoeng. Andelen uten ny kontakt med spesialisthelsetjenesten har gått tilsvarende ned fra 30 til 28 prosent.

På landsbasis hadde 57-58 prosent en ny innleggelse innen ett år. Andelen har holdt seg stabil over perioden.

### **Vekst i den polikliniske aktiviteten for voksne, men mulig utflating de siste årene**

Fra 1998 til 2017 ble ratene for refusjonsberettigede konsultasjoner tredoblet. Fra 2017 ble finansieringssystemet lagt om. Ratene for polikliniske kontakter totalt (med og uten refusjon) økte imidlertid frem til 2016. Det har siden vært en svak nedgang i raten. Det er foreløpig usikkert om nedgangen er reell, eller skyldes endret registreringspraksis pga. omleggingen av finansieringssystemet. Fra 2015 til 2019 øker raten for polikliniske pasienter med 3,6 prosent.

### **Ambulant virksomhet**

På landsbasis har 17-19 prosent av de polikliniske pasientene mottatt ambulante tjenester. For de fleste av disse pasientene er det imidlertid få ambulante kontakter. De ambulante kontaktene utgjør bare 8-9 prosent av episodene totalt.

### **Redusert aktivitet hos avtalespesialistene**

Fra 2011 til 2019 har konsultasjonsraten hos avtalespesialistene blitt redusert med ca. 15 prosent. Fra 2015 var nedgangen om lag 12 prosent. Raten for pasienter 18 år og eldre har i samme periode blitt redusert med om lag 10 prosent.

### **Regionale forskjeller i behandlingstilbudet**

Regionene har ulik profil på behandlingstilbudet. Målt ved oppholdsdøgn hadde Helse Vest og Helse Nord i 2019 høyere aktivitet ved døgnavdelingene enn de øvrige regionene. Lavest var aktiviteten i Midt-Norge. Helse Nord har også langt flere døgnpasienter enn de øvrige regionene. Målt ved raten for polikliniske kontakter og polikliniske pasienter har Helse Midt-Norge høyere aktivitet enn de øvrige regionene. Aktiviteten hos avtalespesialistene er hovedsakelig lokalisert i Helse Sør-Øst og delvis Helse Vest, både målt ved konsultasjoner og pasienter. Sees kontaktene ved poliklinikkene og hos avtalespesialistene under ett, er aktiviteten høyest i Helse Sør-Øst og lavest i Helse Nord. Det er forskjeller i pasientratene mellom regionene for ulike tjenester. Når alle tjenester sees under ett er det imidlertid små forskjeller i den samlede pasientraten.

### **Flest pasienter behandles for en affektiv eller en nevrotisk lidelse**

Flest pasienter hadde i 2019 enten en affektiv (28,9 prosent) eller en nevrotisk lidelse (37 prosent). Særlig ved døgnavdelingene var det også en andel pasienter diagnostisert med en schizofreni-diagnose (21,5 prosent) eller en ruslidelse (12,9 prosent). Avtalespesialistene har bare et fåtall pasienter med disse diagnosene.

Pasienter med en schizofreni-diagnose sto for en vesentlig høyere andel av behandlingsaktiviteten enn av pasientene. Dette hjalp både ved døgnavdelingene og ved poliklinikkene.

## **TSB**

### **Vekst i TSB**

I løpet av 2019 fikk om lag 33 000 voksne pasienter behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette var en økning på 2 prosent i løpet av det siste året. I løpet av perioden fra 2015 til 2019 var det en samlet vekst i antall pasienter i TSB på 4 prosent og veksten var i samme størrelsesorden for både døgnpasienter og pasienter som kun var i poliklinisk behandling.

### **Unge og eldre pasienter i TSB**

I løpet av perioden 2014-2019 var det en nedgang i den nasjonale pasientraten for de unge 18-22 år. Det var i tillegg regionale forskjeller i bruken av rusbehandling blant de unge. Unge i sør-vest og sør hadde i større grad tilbud innen TSB sammenlignet med unge i nord hvor det imidlertid var en økning i pasientraten siste år. Det var liten bruk av rusbehandling i befolkningen for aldersgruppen 70-79 år. Pasienter per innbygger viste i tillegg liten endring i løpet av de siste årene og dette tyder på tilbudet holder tritt med befolkningsveksten for denne aldersgruppen. For aldersgruppen 60-69 år var imidlertid bruken av rusbehandling betydelig større, samtidig som pasientratene viste en vekst i løpet av de siste fem årene. Økningen i bruken av behandlingstilbudet fant sted i alle regionene unntatt Midt-Norge. Befolkningen i Oslo-området hadde den høyeste bruken sammenlignet med resten av landet for denne aldersgruppen.



### **Oppholdsdøgn og innleggelser i TSB**

Antall oppholdsdøgn i TSB økte med 2 prosent fra 2018 til 2019, og antall innleggelser økte med 1 prosent. Veksten i oppholdsdøgn var knyttet til Sør-Øst og Nord, mens Vest og Midt-Norge hadde en nedgang i oppholdsdøgn. Nord hadde også en økning mht. innleggelser, mens Vest hadde en nedgang i innleggelser i TSB.

### **Døgnplasser i TSB**

Ved utgangen av 2019 var den planlagte døgnplasskapasiteten for rusbehandling på 1883 plasser. I løpet av det siste året var det en nedgang på 6 døgnplasser. Ved helseforetakene ble døgnplasskapasiteten redusert med 15 døgnplasser og samtidig ble det 9 flere private avtaleplasser. Nedgangen i antall døgnplasser var knyttet til Sør-Øst og Vest, mens Midt-Norge økte antall plasser.

### **Øyeblikkelig hjelp-innleggelser for pasienter i TSB**

Omfanget av øyeblikkelig hjelp i helseforetakene og utgjorde også i 2019 om lag 30 prosent av innleggelsene. Befolkningens bruk av øyeblikkelig hjelp-innleggelser (innleggelser per innbygger) i TSB økte i løpet av de siste fem årene i Midt-Norge og Nord, men bruken i Nord lå lavere enn i de øvrige regionene gjennom perioden. Bidraget fra psykisk helsevern synes imidlertid å ligge stabilt gjennom perioden for regionene.

### **Pasientkontakt i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i TSB**

I alt 63 prosent av pasientene hadde en poliklinisk kontakt i løpet av de første 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i 2019. Denne kontakten var i all hovedsak tilbudt av TSB, men 5 prosent av pasientene hadde kontakt med psykisk helsevern. Svært få hadde kontakt med en avtalespesialist i løpet av denne 30-dagersperioden.

Det var tydelige regionale forskjeller mht kontakt etter utskrivning, hvor hele 73 prosent av døgnbehandlingene i Vest ble etterfulgt av poliklinisk kontakt, mens 43 prosent av pasienten i Nord hadde en slik kontakt. Nord gjorde heller ikke større bruk av gjeninnleggelse i stedet for poliklinisk kontakt som oppfølging av døgnpasienten og resultatene må ses i sammenheng med regionens generelt sett lave dekningsrate for poliklinisk virksomhet innen TSB.

### **Poliklinisk behandling i TSB**

Det siste året var det en vekst på 5 prosent i antall polikliniske kontakter i TSB. De regionale forskjellene i omfanget av poliklinisk tilbud, var imidlertid uendret fra tidligere år; Midt-Norge og Nord hadde lavere dekningsrater sammenlignet med Sør-Øst og Vest. Regionene hadde også ulike profiler i det polikliniske tilbudet. Midt-Norge og Nord hadde en høyere andel telefonkonsultasjoner sammenlignet med de øvrige regionene. Det er ikke grunnlag for å si at det har vært vesentlige endringer i den ambulante virksomheten i løpet av perioden 2015-2019.

# 1. Pasienter i det psykiske helsevernet

Vi vil i dette kapitlet se på pasientfordelingen i det psykiske helsevernet etter kjønn og alder, og hvordan denne har utviklet seg de siste årene. Tallene omfatter både det psykiske helsevernet for barn og unge, for voksne, og for avtalespesialistene i psykiatri og psykologi. Tallene framstilles som rater i forhold til innbyggertallet for gruppen (f.eks. kvinnelige pasienter 30-39 år per 1 000 kvinner 30-39 år).

## **1.1 Pasienter etter kjønn og alder 2014-2019**

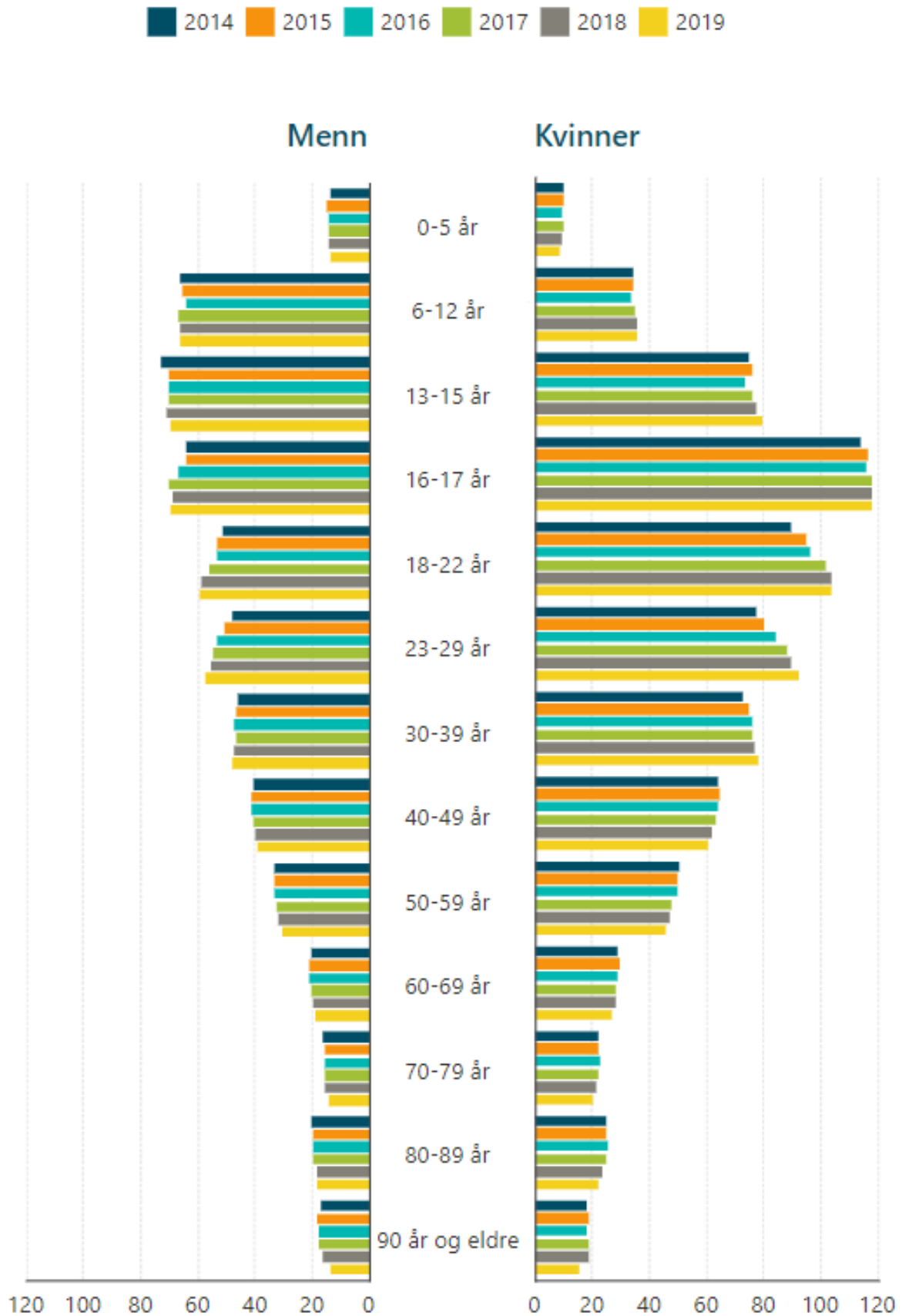
I 2019 var totalt 56 000 personer i kontakt med institusjoner og poliklinikker innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge, 154 000 personer i det psykiske helsevernet for voksne, og 52 000 personer hos avtalespesialistene. Noen personer mottok tjenester fra flere instanser. Totalt var derfor 252 000 personer i kontakt med tjenestene, mot 248 000 fem år tidligere<sup>1</sup>.

Figur 1-1 viser totalratene for pasienter etter kjønn og alder for årene 2014 til 2019. Figur 1-2 viser totalratene for 2015 og 2019, mens figur 1-3 viser prosent endring i raten for ulike aldersgrupper fra 2015 til 2019.

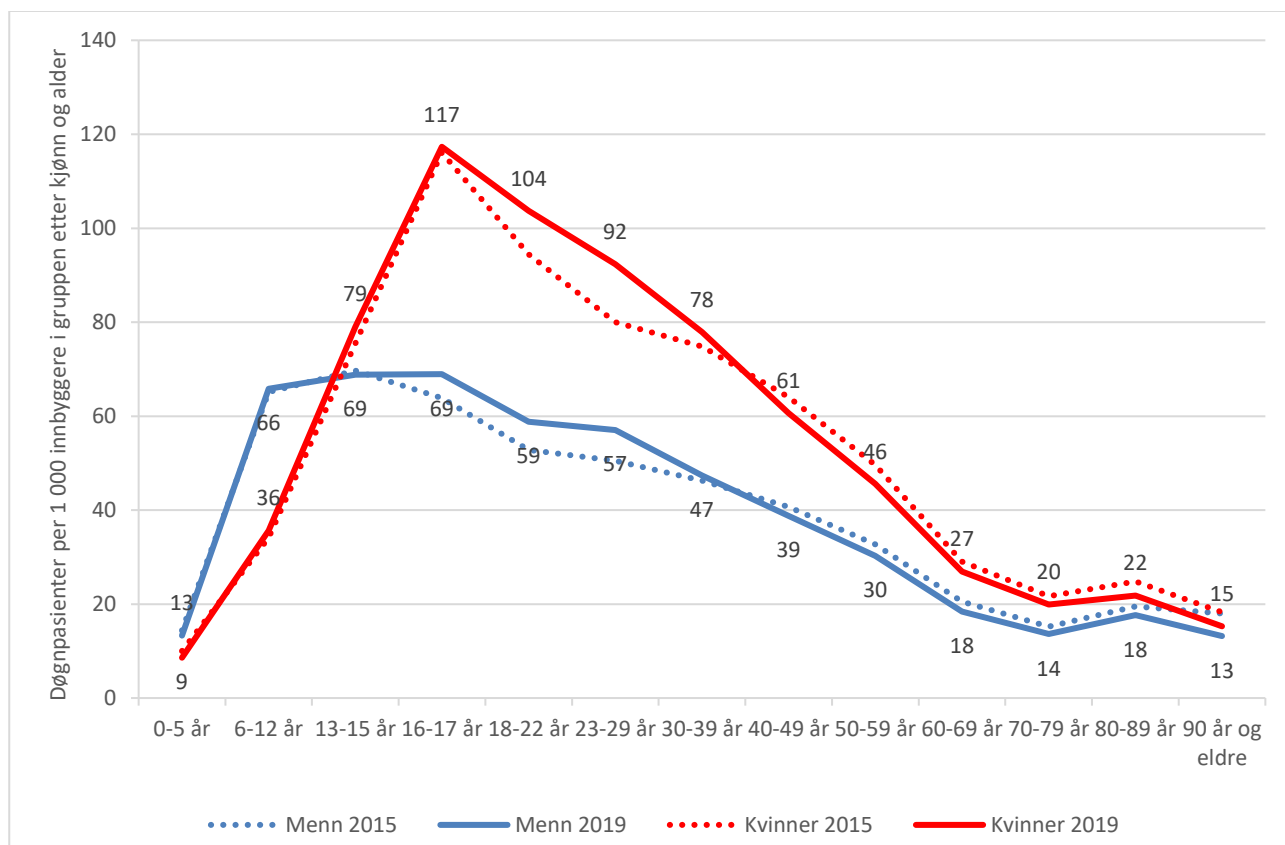
---

<sup>1</sup> Tallene er korrigerert for underrapportering av data fra avtalespesialistene, estimert til hhv. 3 og 4 prosent i 2015 og i 2019.

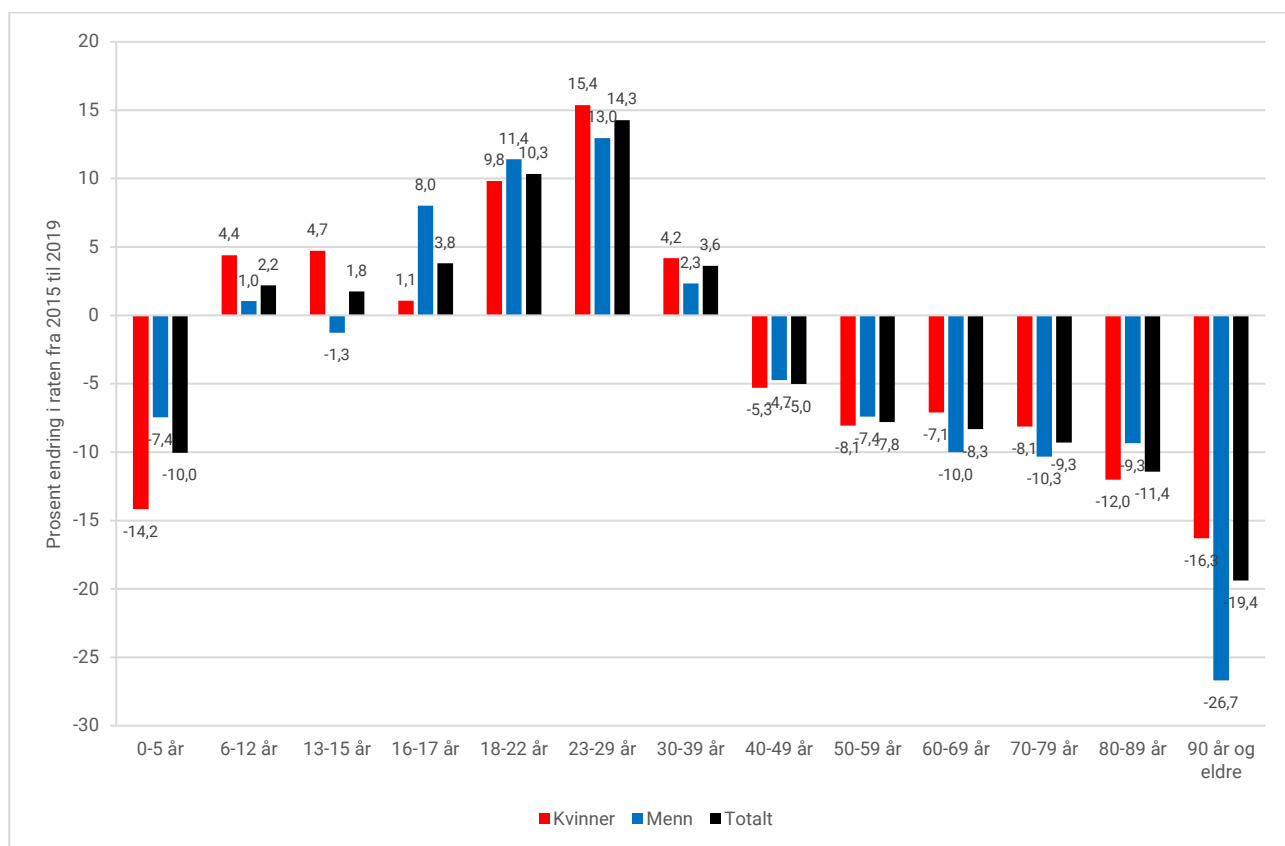
Figur 1-1: Pasienter totalt i det psykiske helsevernet etter kjønn og alder. Rater per 1 000 innbyggere etter kjønn- og aldersgruppe 2014-2019.



Figur 1-2: Pasienter totalt i det psykiske helsevernet etter kjønn og alder. Rater per 1 000 innbyggere i aldergruppen i 2015 og 2019.



Figur 1-3: Prosent endring i pasientratene i det psykiske helsevernet etter kjønn og alder fra 2015 til 2019.



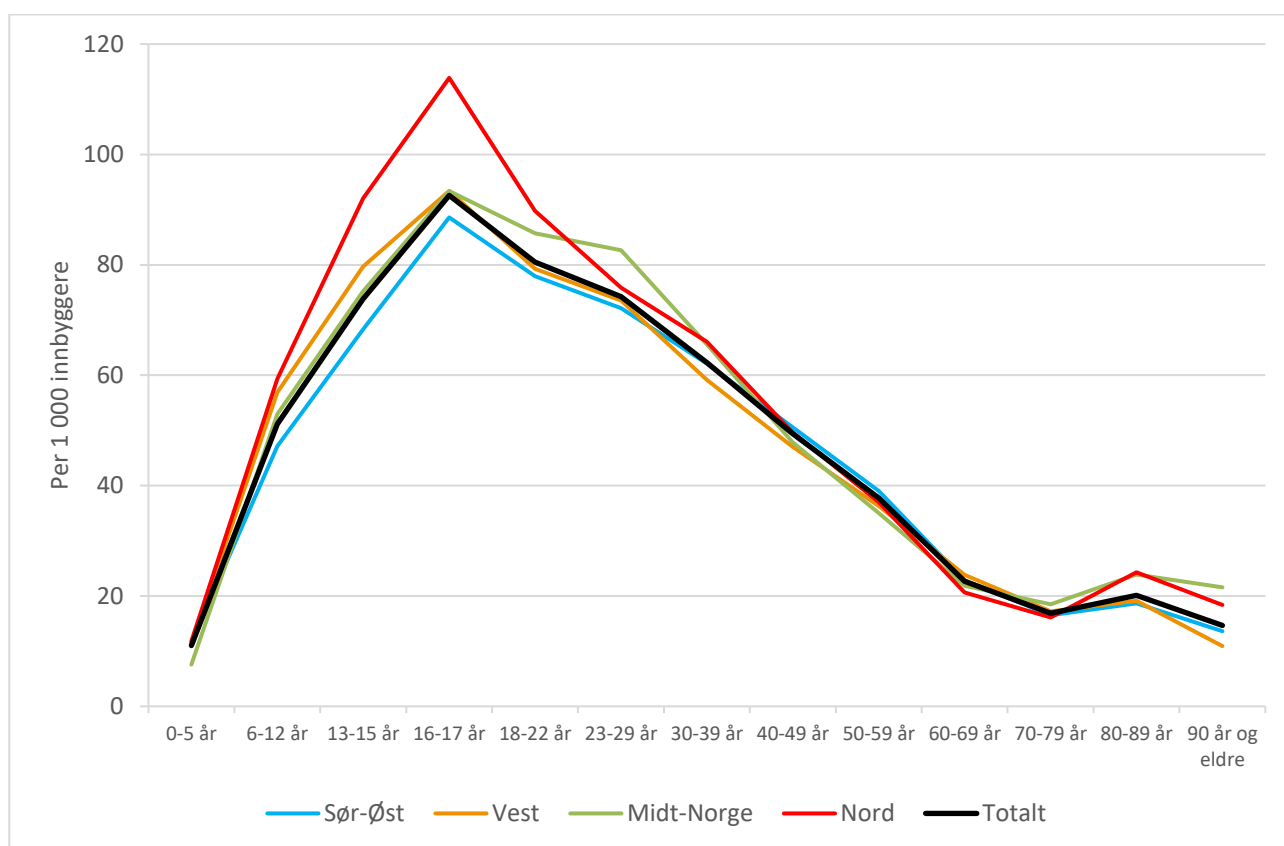
For både kvinner og menn steg raten fram til aldersgruppen 16-17 år, der hhv. 11,7 og 6,9 prosent av befolkningen var i kontakt med tjenestene i 2019. Pasientraten avtok deretter med økende alder.

Siden 2015 har det for begge kjønn særlig vært en økning for aldersgruppene 18-29 år. Det kan dermed se ut til at det er en kohort-effekt: Gruppene med de høyeste ratene i 2015 fortsetter å ha en høyere rate 4 år senere enn tilsvarende aldersgrupper i 2015. Fra 2015 til 2019 var det gjennomgående økning i ratene for de yngre aldersgruppene (inntil 29 år), og synkende rater for de eldre aldersgruppene (40 år og eldre). Tendensen til synkende rate med økende alder har dermed blitt ytterligere styrket i løpet av perioden.

## 1.2 Regionale forskjeller i aldersfordelingen

Figur 1-4 viser samlet pasientrate etter bostedsregion og alder i 2019.

Figur 1-4: Pasienter etter alder i det psykiske helsevernet. Rate per 1 000 innbyggere. Bostedsregioner 2019.



Vi fant gjennomgående den samme aldersfordelingen i alle regionene, med stigende rate fram til 16-17 år, og deretter synkende rate med økende alder. Helse Sør-Øst hadde likevel noe lavere rate enn de øvrige regionene fram til 30 års alder, mens Helse Nord hadde betydelig høyere rater fram til 23 års alder. Helse Midt-Norge hadde høye rater for aldersgruppene 18-22 og 23-29 år. Helse Nord og Helse Midt-Norge hadde også høyere rater for de eldste aldersgruppene (80 år og over).

Vi så ovenfor at ratene var høyere for gutter enn for jenter i alderen 6 til 12 år. Ratene var imidlertid for begge kjønn høyest for aldersgruppen 16-17 år, mens veksten fra 2015 til 2019 var størst for aldersgruppene 18-22 og 23-29 år. Samtidig var det en nedgang for de eldre aldersgruppene. Vi vil i dette

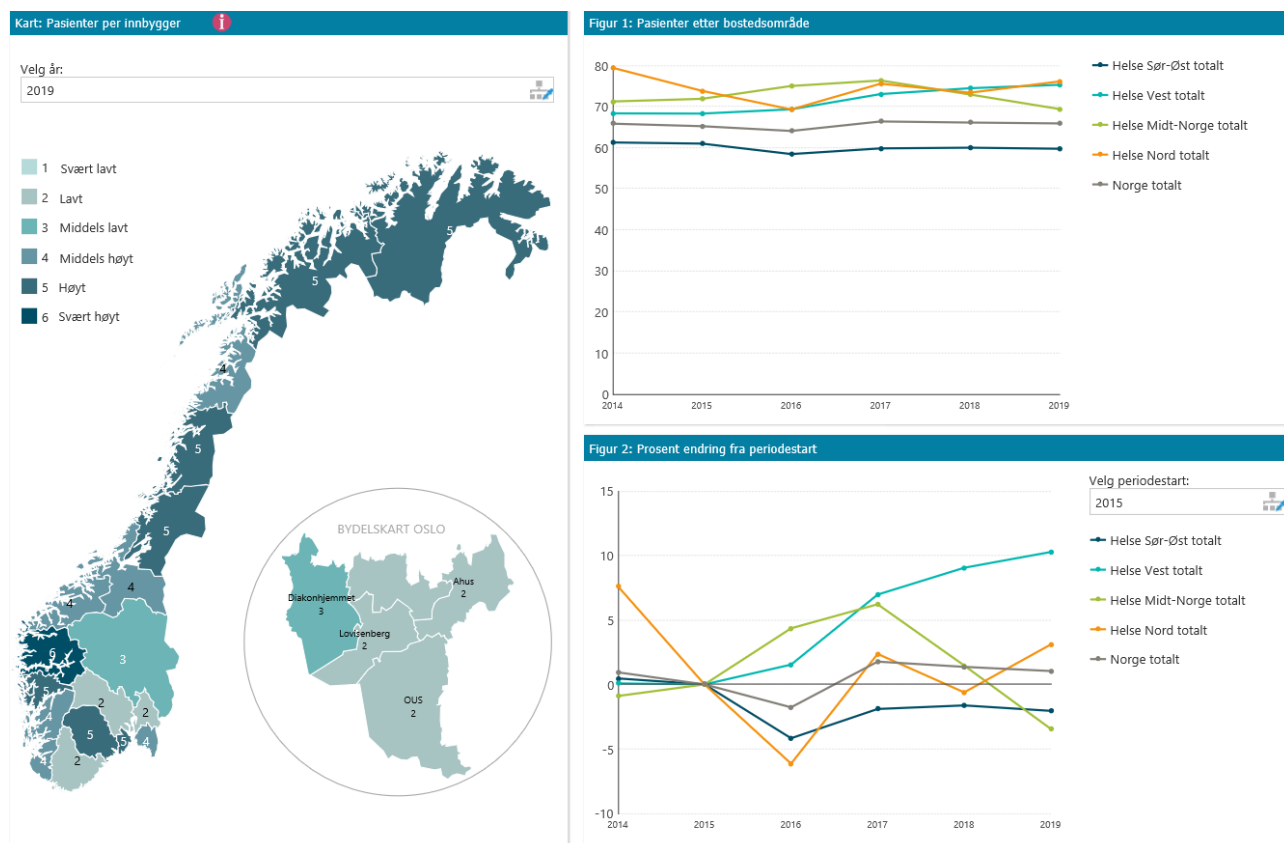


avsnittet se nærmere på regionale forskjeller og utvikling for aldersgruppene 6-12 år, 16-17 år, 18-29 år og 70-89 år.

## Pasienter i alderen 6-12 år

Figur 1-5 viser pasientratene for gutter i alderen 6-12 år i regionene for perioden 2014 til 2019, samt prosentvis endring fra 2015.

Figur 1-5: Pasientrater (pasienter per 1 000 innbyggere) for gutter i aldersgruppen 6-12 år i behandling i det psykiske helsevernet, 2014-2019.



Figuren viser at gutter i alderen 6-12 år hadde de høyeste pasientratene i Helse Nord og Helse Vest i 2019.

I løpet av perioden 2015 til 2019 var det størst vekst i Helse Vest (+10 prosent), sterkest var veksten i Helse Stavanger (+19 prosent). Det var også betydelig økning i pasientraten for gutter i denne aldersgruppen i de andre foretaksområdene i regionen. Kartet viser at Helse Førde-området hadde en relativt høy rate i 2019. I dette foretaksområde var raten høy og økende i hele perioden (+14 prosent).

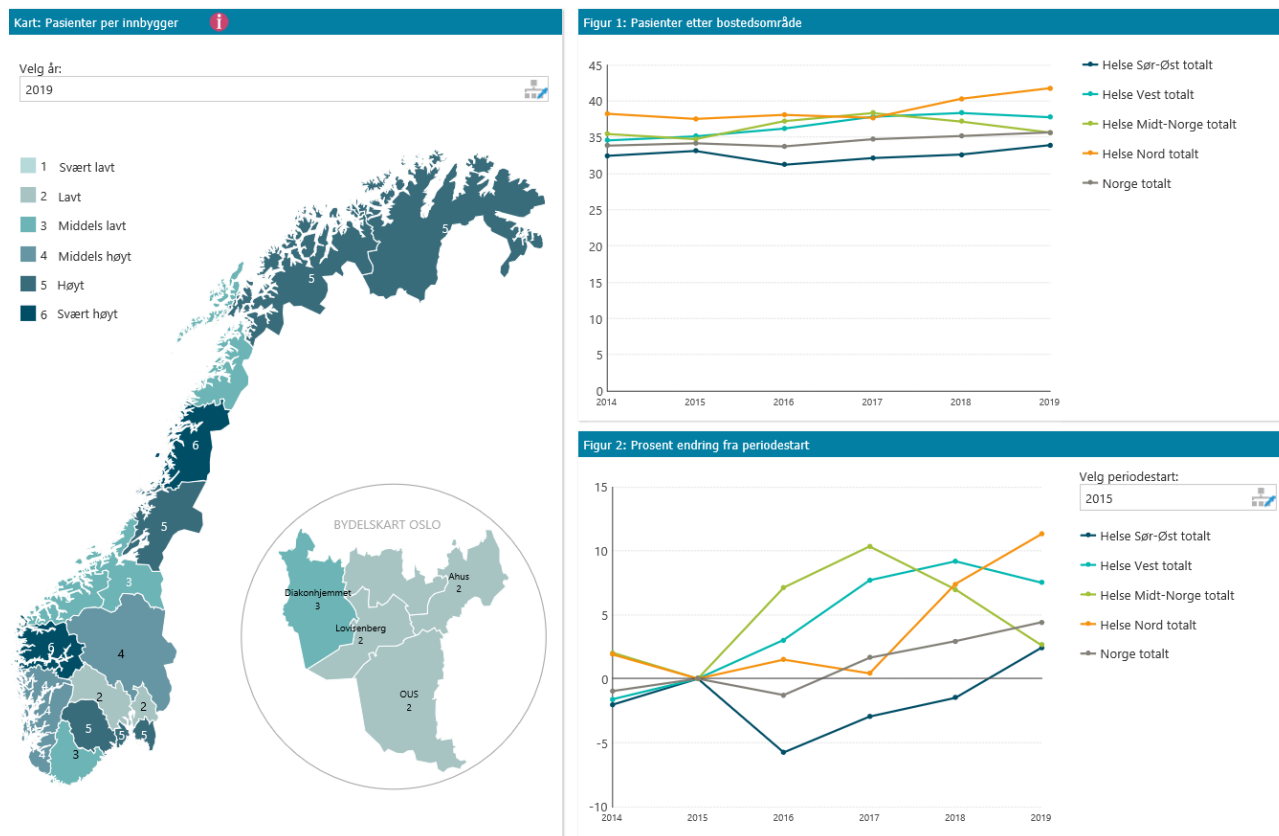
Helse Sør-Øst hadde de laveste pasientratene i hele femårsperioden, mens raten for gutter i Helse Midt-Norge var høy fram til 2017. Deretter avtok raten i regionen (-3 prosent), en utvikling som både gjaldt Nord-Trøndelag (-8 prosent) og St.Olavs-området (-4 prosent).

Kartet viser variasjoner innad i regionene i 2019. Denne variasjonen ser vi spesielt i Helse Sør-Øst hvor Telemark lå høyt, og andre foretaksområder hadde relativt lave rater. Dette henger sammen med svært høye rater hos avtalespesialister i Telemark i hele perioden (15,4 per 1 000 innbygger i 2019). Til

sammenlikning var den nasjonale raten for gutter i behandling hos avtalespesialister i denne aldersgruppen 2,5 pasienter per 1000 innbygger.

Figur 1-6 viser pasientratene for jenter i alderen 6-12 år i regionene for perioden 2014 til 2019, samt prosentvis endring fra 2015.

Figur 1-6: Pasientrater (pasienter per 1 000 innbyggere) for jenter i aldersgruppen 6-12 år i behandling i det psykiske helsevernet, 2014-2019.



Jenter i alderen 6-12 år hadde betydelig lavere pasientrater enn gutter i samme alder i alle regioner i hele perioden. I 2019 var nasjonal rate nær 36 for jenter og 66 for gutter (per 1 000 innbyggere).

I likhet med utviklingen for gutter, var ratene høyeste i Helse Nord i store deler av perioden. Blant jenter var også veksten størst i denne regionen (+11 prosent). Her var det kraftig vekst i Helgeland (+30 prosent) og UNN-området (+29 prosent), mens raten avtok i Nordlands-området (-13 prosent). I Finnmark var pasientraten tilnærmet uendret i perioden.

Helse Sør-Øst hadde de laveste ratene i hele perioden for jenter i denne aldersgruppen, men i denne regionen var det også flere foretaksområder med relativt høye pasientrater, som Telemark, Østfold og Vestfold (med henholdsvis 42, 42 og 44 pasienter per 1 000 innbyggere). I Telemark bidro høye pasientrater hos avtalespesialister til dette.

I Helse Vest var også raten blant jenter i Helse Førde-området høy. Helse Stavanger hadde imidlertid den klart største veksten i pasientraten (+ 24 prosent) i Helse Vest fra 2015 til 2019, mens raten var omtrent på landsgjennomsnittet i 2019.

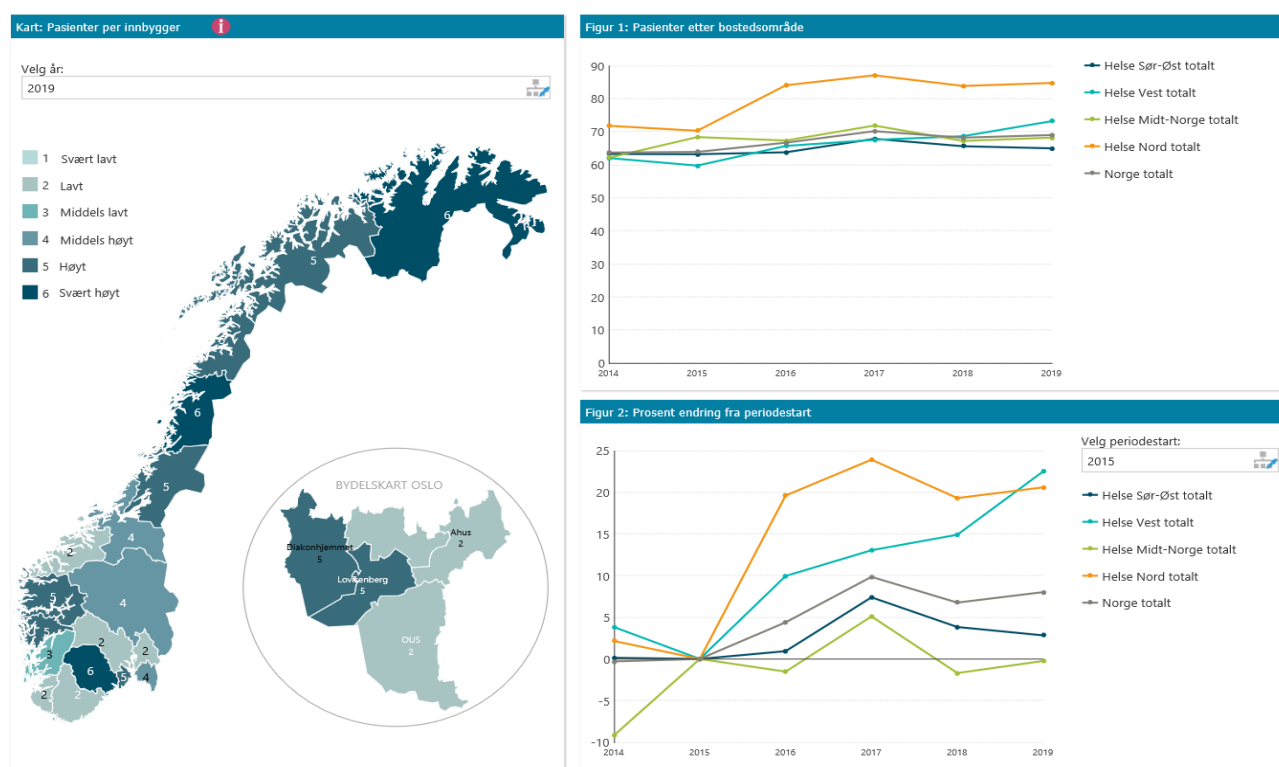
I Helse Midt-Norge avtok den samla pasientraten også for jenter i denne alderen fra 2017, hvor det var nedgang i St.Olavs-området (-7 prosent) og Nord-Trøndelag (-2 prosent). Det var imidlertid vekst i pasienter hos avtalespesialister i disse foretaksområdene i perioden.

Kartet viser variasjoner i pasientratene mellom helseforetaksområdene innad i alle regioner i 2019.

### Pasienter i alderen 16-17 år

Figur 1-7 og 1-8 viser pasientratene for aldersgruppen 16-17 år i regionene for perioden 2014 til 2019, samt prosentvis endring fra 2015. For begge kjønn var dette aldersgruppen som i størst grad hadde kontakt med det psykiske helsevernet i perioden.

Figur 1-7: Pasientrater (pasienter per 1 000 innbyggere) for gutter i aldersgruppen 16-17 år i behandling i det psykiske helsevernet, 2014-2019.



Fra 2016 hadde gutter i ungdomsalder (16-17 år) betydelig høyere pasientrater i Helse Nord enn de øvrige regionene (85 per 1 000 innbyggere i 2019). Nasjonalt var raten 69 per 1 000 innbyggere i 2019. Kartet viser at alle foretaksområdene i Helse Nord hadde høye rater i 2019, og raten for regionen økte med nær 20 prosent mellom 2015 og 2016, og 21 prosent i hele femårsperioden. Dette var knyttet til økning i alle foretaksområdene i regionen, og spesielt i Helse Finnmark (+41 prosent) og ved UNN-området (+27 prosent).

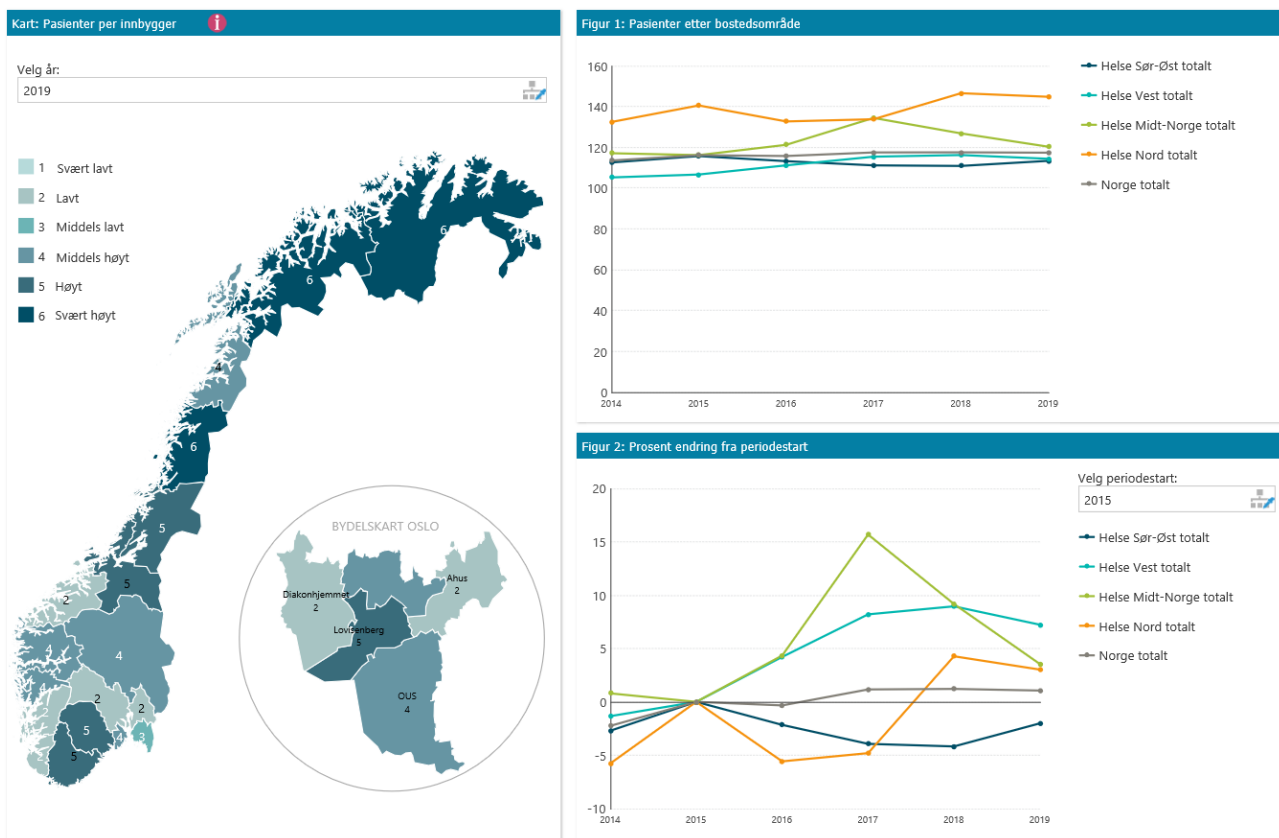
Det var også kraftig vekst i Helse Vest fra 2015 til 2019 (+23 prosent), men her økte raten jevnt over flere år. Denne regionen lå imidlertid lavest i starten av femårsperioden. Av kartet ser vi at det var stor variasjon innad i Helse Vest i 2019, Helse Førde-området hadde relativt høy pasientrate mens ratene i Helse Stavanger og Fonna-området var relativt lave. Dette til tross for at det var betydelig vekst i begge disse

foretaksområdene i perioden (henholdsvis +18 og +34 prosent). Det var også kraftig vekst i Bergenområdet (+27 prosent), som i 2019 hadde en relativt høy pasientrate (85 per 1 000 innbygger).

Helse Sør-Øst hadde de laveste ratene, tross noe vekst i perioden. Kartet viser imidlertid at det var store forskjeller mellom foretaksområdene innad i regionen i 2019. For eksempel lå deler av hovedstadsområdet og Telemark (91 per 1000 innbygger) høyt. Høye pasientrater hos avtalespesialister for gutter 16-17 år i dette foretaksområdet (21 per 1 000 innbygger) bidro til dette. Den nasjonale pasientraten hos avtalespesialister for gutter i denne aldersgruppen var til sammenlikning 7 pasienter per 1 000 innbygger i 2019.

Figur 1-8 viser pasientratene for jenter i alderen 16-17 år i regionene for perioden 2014 til 2019, samt prosentvis endring fra 2015.

Figur 1-8: Pasientrater (pasienter per 1 000 innbyggere) for jenter i aldersgruppen 16-17 år i behandling i det psykiske helsevernet, 2014-2019.



Det var til dels samme utvikling blant jenter som blant gutter i aldersgruppen 16-17 år. Helse Nord hadde de høyeste ratene for begge kjønn, og Helse Vest hadde størst vekst i femårsperioden. Ratene for jenter var imidlertid betydelig høyere enn for gutter i samme alder i alle regioner i hele femårsperioden. I 2019 var nær 12 prosent av jenter i denne aldersgruppen i kontakt med det psykiske helsevernet (117 per 1000 innbygger).

I regionene varierte pasientraten mellom 113 og 144 prosent i henholdsvis Helse Sør-Øst og Helse Nord, det vil si mellom 11 og 14 prosent av befolkningen i denne gruppen. Dette viser at jenter i denne

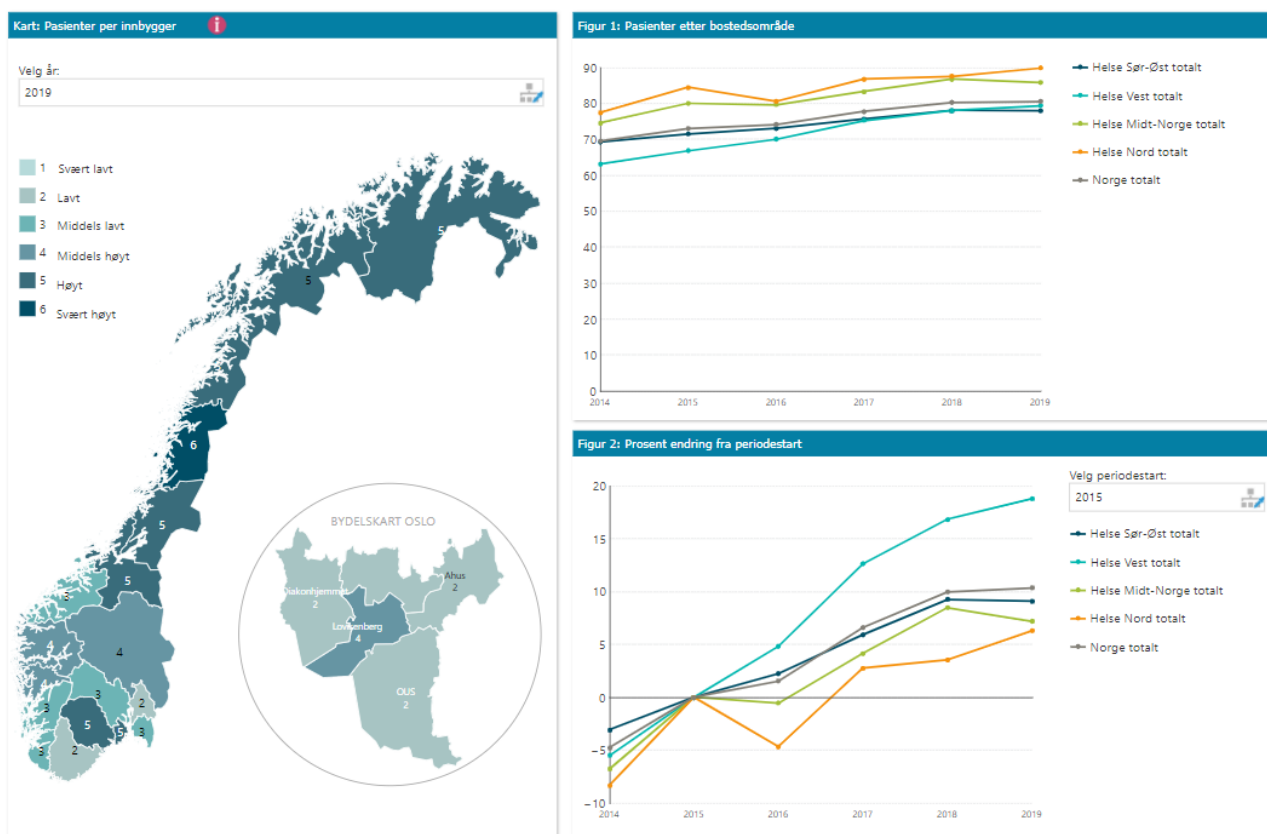
aldersgruppen utgjorde den pasientgruppen som i størst grad var i kontakt med det psykiske helsevernet i samtlige regioner.

Kartet viser imidlertid at det var forskjeller innad i regionene, spesielt i Helse Sør-Øst der Sørlandet (125 per 1000), Telemark (137 per 1000) og Lovisenberg (127 per 1000) lå relativt høyt, mens A-hus (102 per 1000), Diakonhjemmet (108 per 1000) og Vestre Viken (102 per 1000) hadde noe lavere rater. I samtlige nevnte foretaksområder var imidlertid over 10 prosent av jentene i denne aldersgruppen i kontakt med tjenesten i 2019. I Telemark bidro høye pasientrater hos avtalespesialister (38 per 1 000 innbygger) til at dette foretaksområdet hadde høye samla pasientrater. Den nasjonale pasientraten hos avtalespesialister for jenter i denne aldersgruppen, var til sammenlikning 8 pasienter per 1 000 innbygger i 2019.

### Pasienter i alderen 18-22 år

Figur 1-9 viser utviklingen i pasientraten i regionene for aldersgruppen 18-22 år fra 2014 til 2019 (figur øverst til høyre), og den prosentvise endringen fra 2015 (nederst til høyre). Kartet viser ratene for foretaksområdene i 2019.

Figur 1-9: Pasienter i det psykiske helsevernet i alderen 18-22 år. Bostedsregioner og bostedsområder 2014-2019.



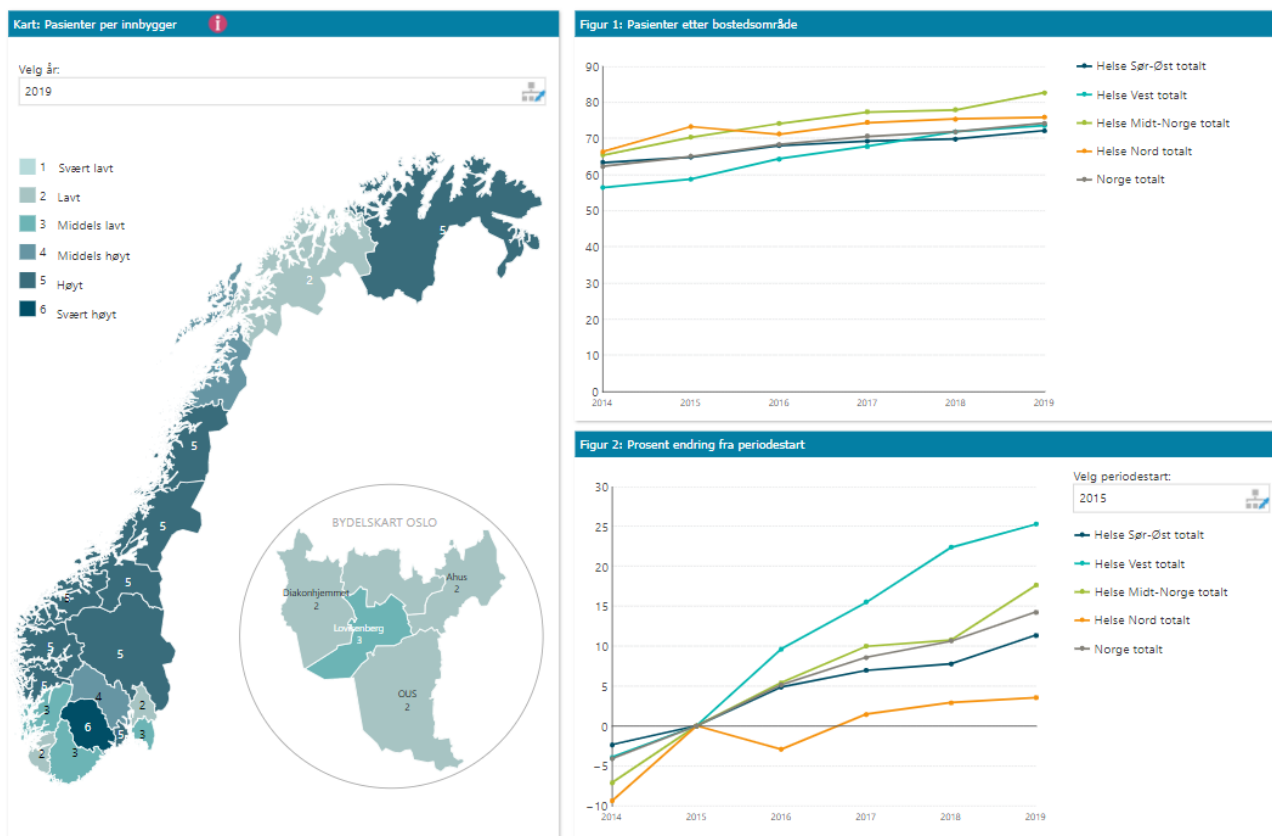
Helse Nord og Helse Midt-Norge hadde gjennom hele perioden de høyeste pasientratene for aldersgruppen. Alle regioner har hatt en jevn vekst fra 2015 til 2019. Veksten har både absolutt og relativt vært størst i Helse Vest (19 prosent) og lavest i Helse Nord (6 prosent). Helse Nord hadde imidlertid fortsatt den høyeste raten i 2019, mens Helse Vest (sammen med Helse Sør-Øst) hadde den laveste raten. På landsbasis var veksten 10 prosent.



## Pasienter i alderen 23-29 år

Figur 1-10 viser utviklingen i pasientraten i regionene for aldersgruppen 22-29 år fra 2014 til 2019 (figur øverst til høyre), og den prosentvise endringen fra 2015 (nederst til høyre). Kartet viser ratene for foretaksområdene i 2019.

Figur 1-10: Pasienter i det psykiske helsevernet i alderen 23-29 år. Bostedsregioner og bostedsområder 2014-2019.

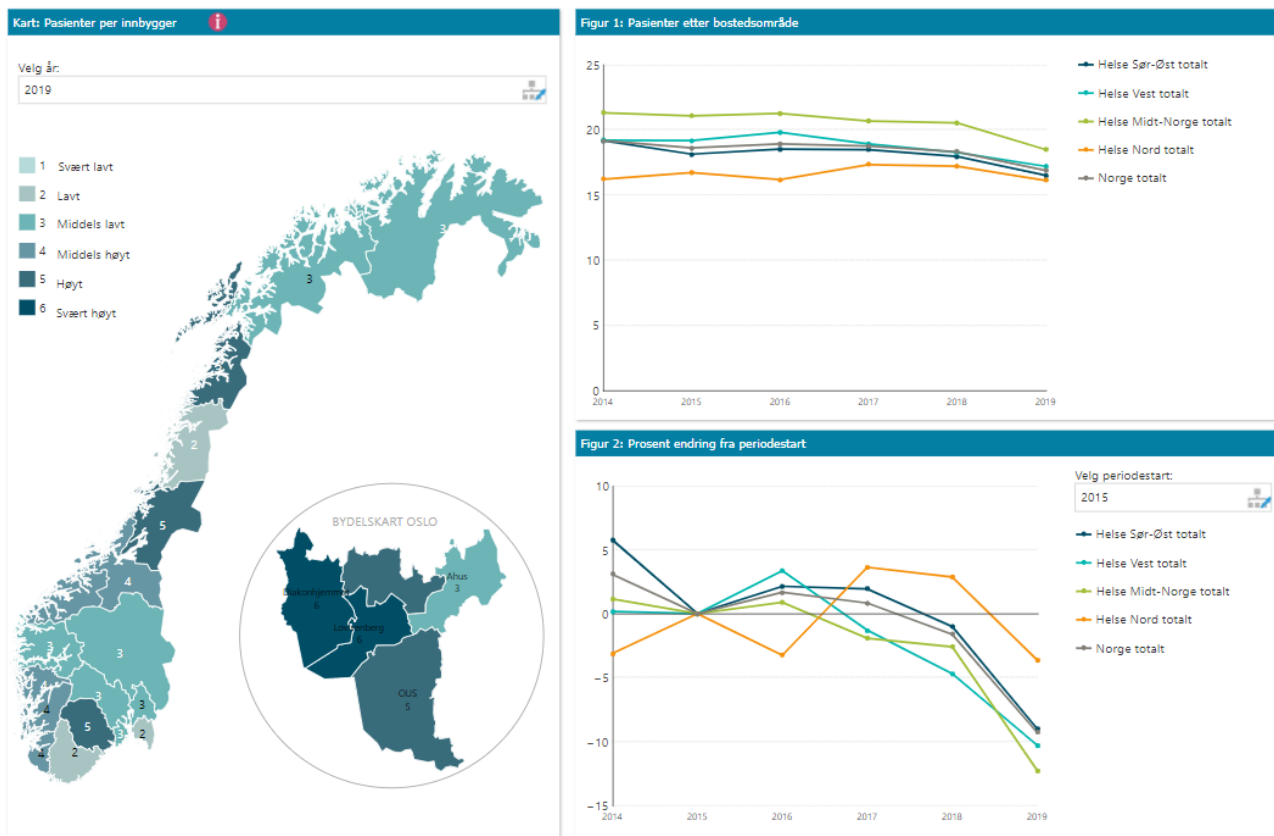


Fra 2015 til 2019 var veksten, også for aldersgruppen 22-29 år, både absolutt og relativt størst i Helse Vest (25 prosent) fulgt av Helse Midt-Norge (18 prosent) og Helse Sør-Øst (11 prosent). I Helse Nord var veksten mer moderat (4 prosent). På landsbasis var veksten 14 prosent. Helse Midt-Norge hadde i 2019 en pasientrate 11 prosent over landsgjennomsnittet. De øvrige regionene lå nært landsgjennomsnittet (Helse Sør-Øst 3 prosent under, Helse Vest 1 prosent under, Helse Nord 2 prosent over).

## Pasienter i alderen 70-79 år

Figur 1-11 viser utviklingen i pasientraten i regionene for aldersgruppen 70-79 år fra 2014 til 2019 (figur øverst til høyre), og den prosentvise endringen fra 2015 (nederst til høyre). Kartet viser ratene for foretaksområdene i 2019.

Figur 1-11: Pasienter i det psykiske helsevernet i alderen 70-79 år. Bostedsregioner og bostedsområder 2014-2019.

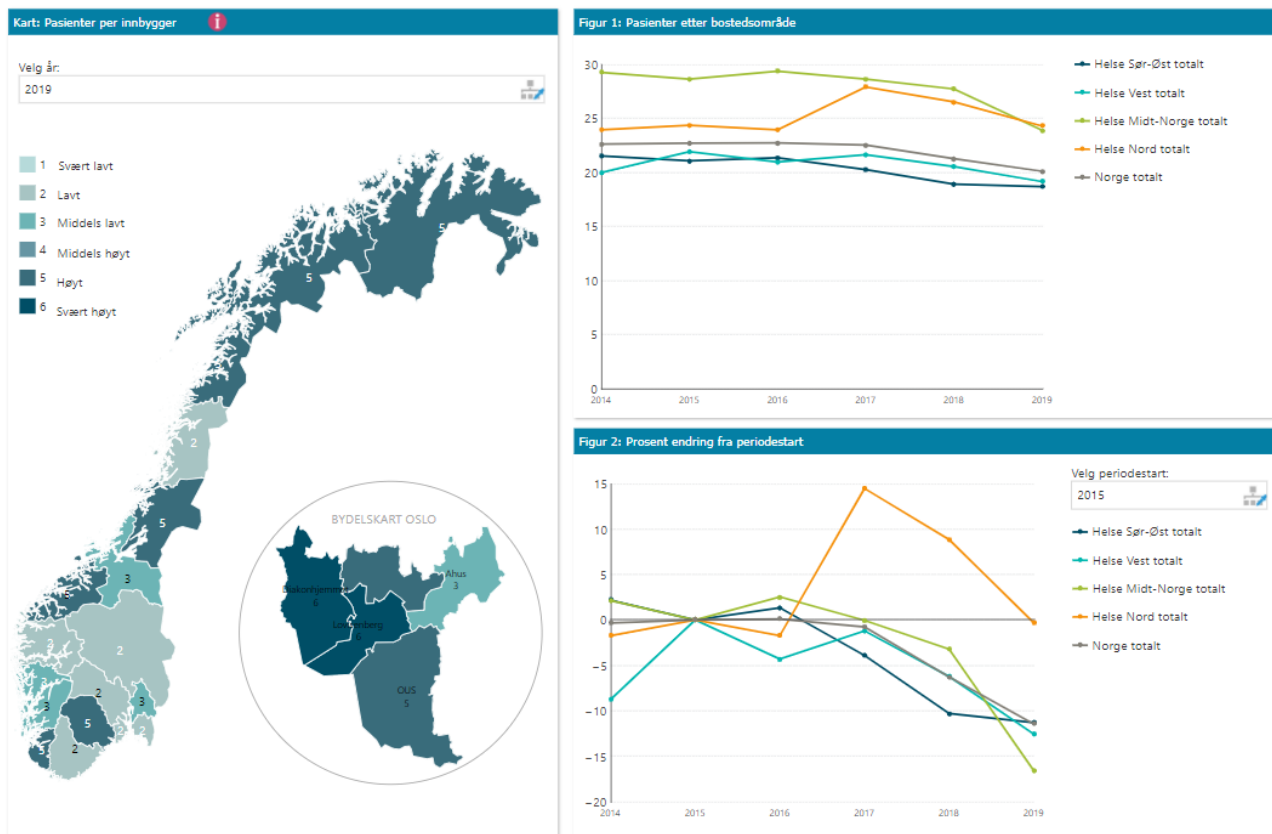


I alle regioner har det fra 2015 til 2019 vært en nedgang i raten for aldersgruppen 70-79 år på hhv. 12 prosent i Helse Midt-Norge, 10 prosent i Helse Vest, 9 prosent i Helse Sør-Øst og 4 prosent i Helse Nord. På landsbasis var nedgangen 9 prosent. Helse Midt-Norge har gjennom hele perioden hatt en høyere rate enn de øvrige regionene, mens Helse Nord har hatt en lavere rate enn de øvrige.

### Pasienter i alderen 80-89 år

Figur 1-12 viser utviklingen i pasientraten i regionene for aldersgruppen 80-89 år fra 2014 til 2019 (figur øverst til høyre), og den prosentvise endringen fra 2015 (nederst til høyre). Kartet viser ratene for foretaksområdene i 2019.

Figur 1-12: Pasienter i det psykiske helsevernet i alderen 80-89 år. Bostedsregioner og bostedsområder 2014-2019.

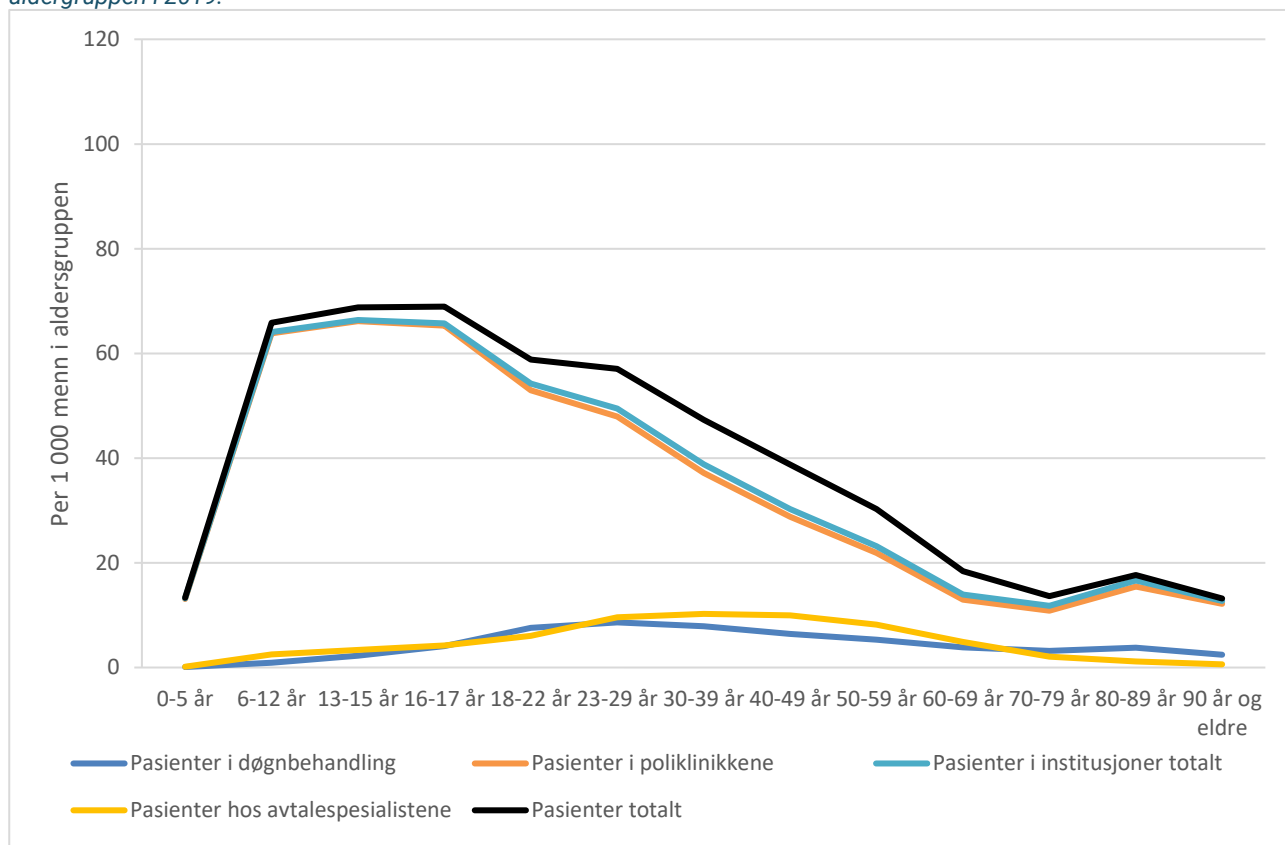


Fra 2015 til 2019 var det på landsbasis en nedgang på 11 prosent i raten for aldersgruppen 80-89 år. I tre av regionene var det en nedgang, på hhv. 17 prosent i Helse Midt-Norge, 13 prosent i Helse Vest og 11 prosent i Helse Sør-Øst. I Helse Nord lå raten på samme nivå i 2019 som i 2015. Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde i 2019 en vesentlig høyere rate enn de øvrige regionene.

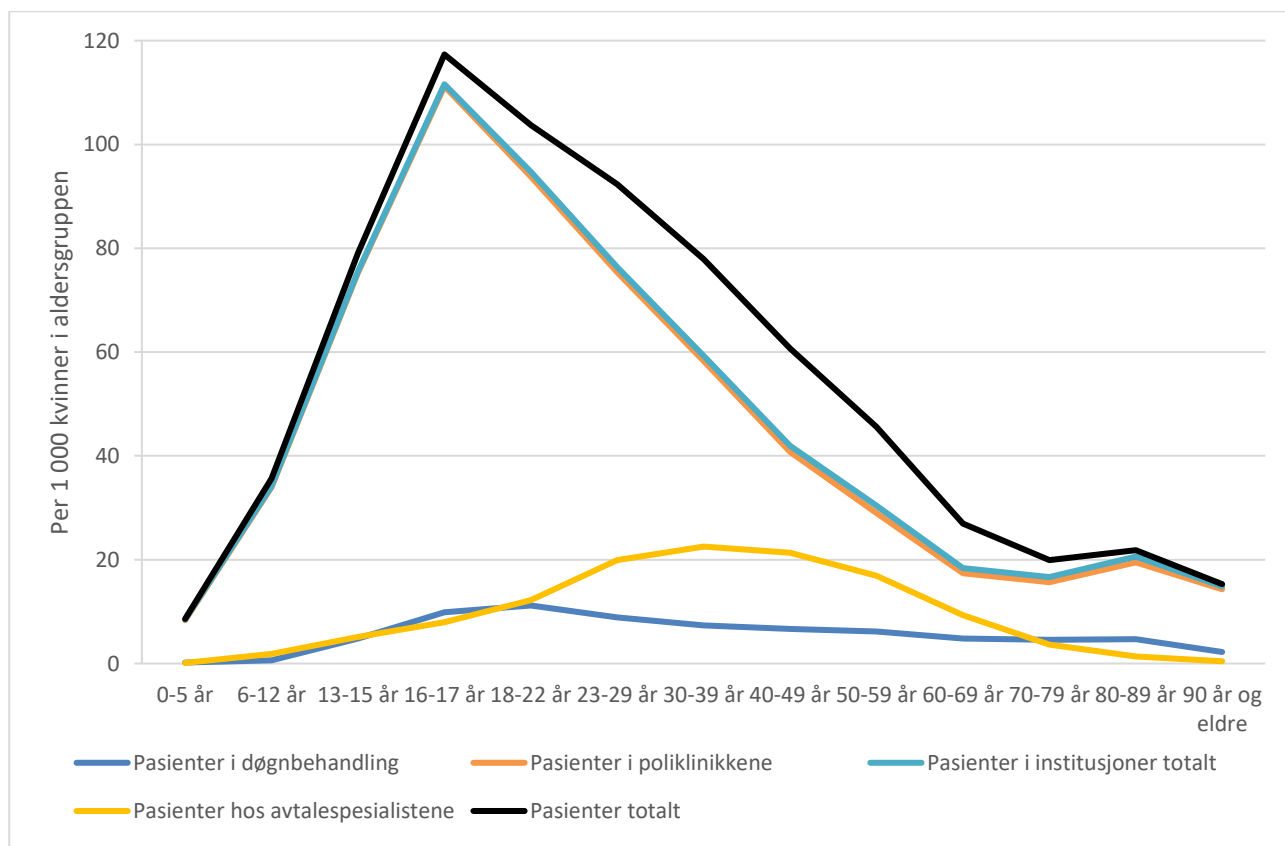
### 1.3 Pasienter etter alder, kjønn og tjenestetype

Figur 1-13 viser raten for menn etter alder i 2019 fordelt på ulike tjenestetyper. Figur 1-14 viser de tilsvarende ratene for kvinnene.

Figur 1-13: Mannlige pasienter i det psykiske helsevernet etter behandlingsform og alder. Rater per 1 000 menn i aldersgruppen i 2019.



Figur 1-14: Kvinnelige pasienter i det psykiske helsevernet etter behandlingsform og alder. Rater per 1 000 kvinner i aldersgruppen i 2019.

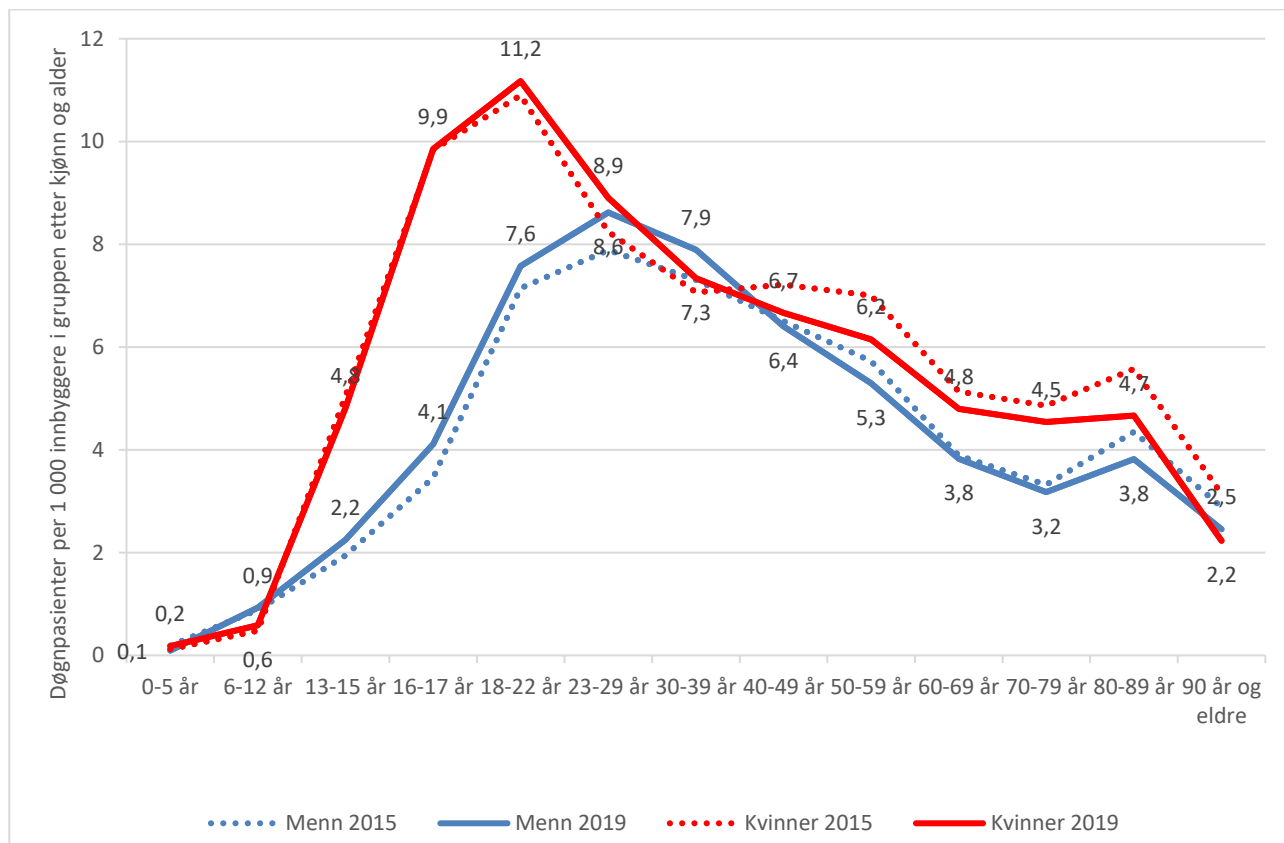


Nær samtlige døgnpasienter mottok samtidig poliklinisk behandling i 2019. Samlet behandlingsrate for institusjoner og poliklinikker ble dermed tilnærmet identisk med ratene for poliklinikkene.

### 1.4 Døgnpasienter i 2015 og i 2019

Figur 1-15 viser utviklingen i pasientratene for døgnpasienter fra 2015 til 2019.

Figur 1-15: Døgnpasienter i det psykiske helsevernet etter kjønn og alder. Rater per 1 000 innbyggere i aldersgruppen i 2015 og 2019.



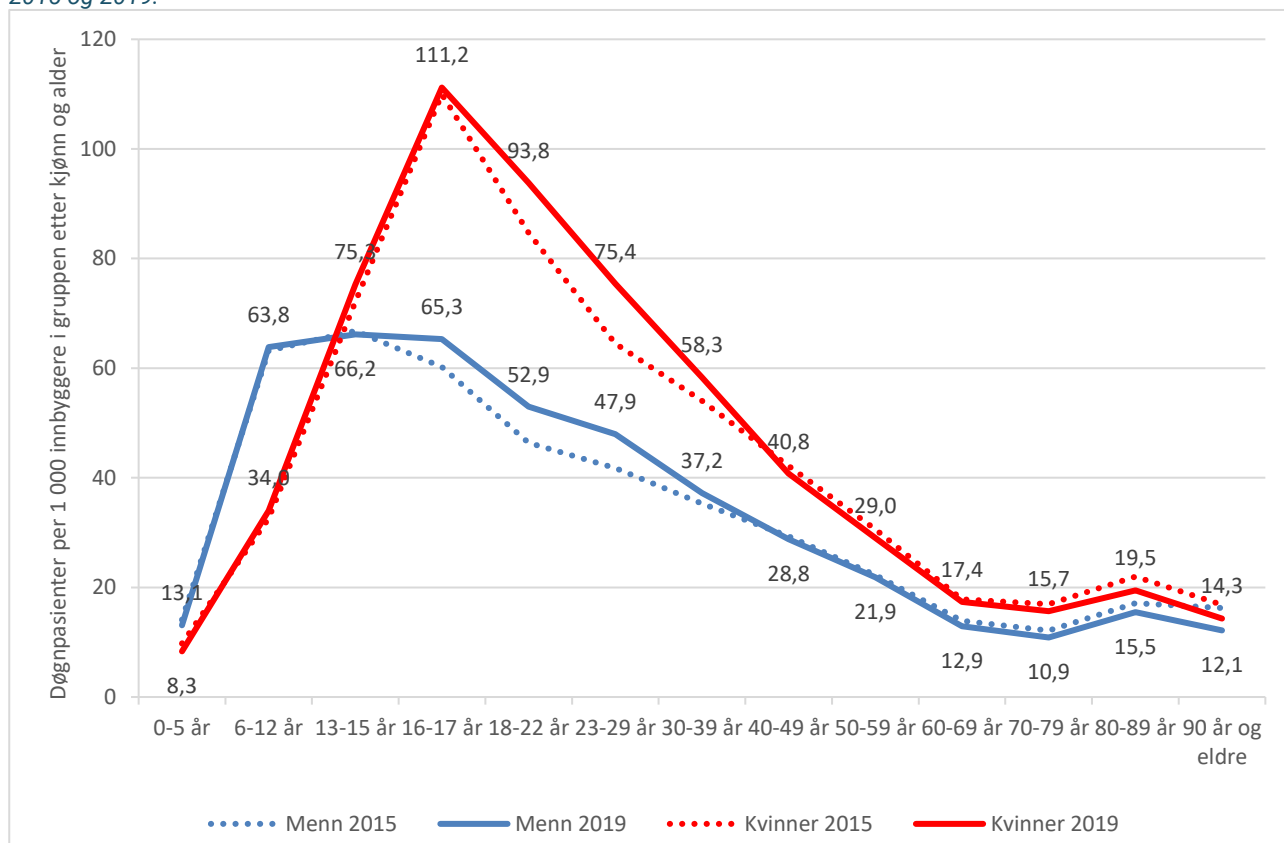
Blant kvinnene steg i 2019 raten for døgnpasienter fram til aldersgruppen 18-22 år, der 1,1 prosent av kvinnene var innlagt i løpet av året. Blant mennene var raten høyest for aldersgruppen 22-29 år, der 0,9 prosent var innlagt. Blant mennene var det fra 2015 til 2019 en svak økning i raten for de under 40 år. Blant kvinnene var det en svak nedgang i raten for gruppen 40 år og eldre.

### 1.5 Polikliniske pasienter i 2015 og i 2019

Figur 1-16 viser raten for polikliniske pasienter etter alder og kjønn i 2015 og i 2019.



Figur 1-16: Polikliniske pasienter i det psykiske helsevernet etter kjønn og alder. Rater per 1 000 innbyggere i aldersgruppen i 2015 og 2019.

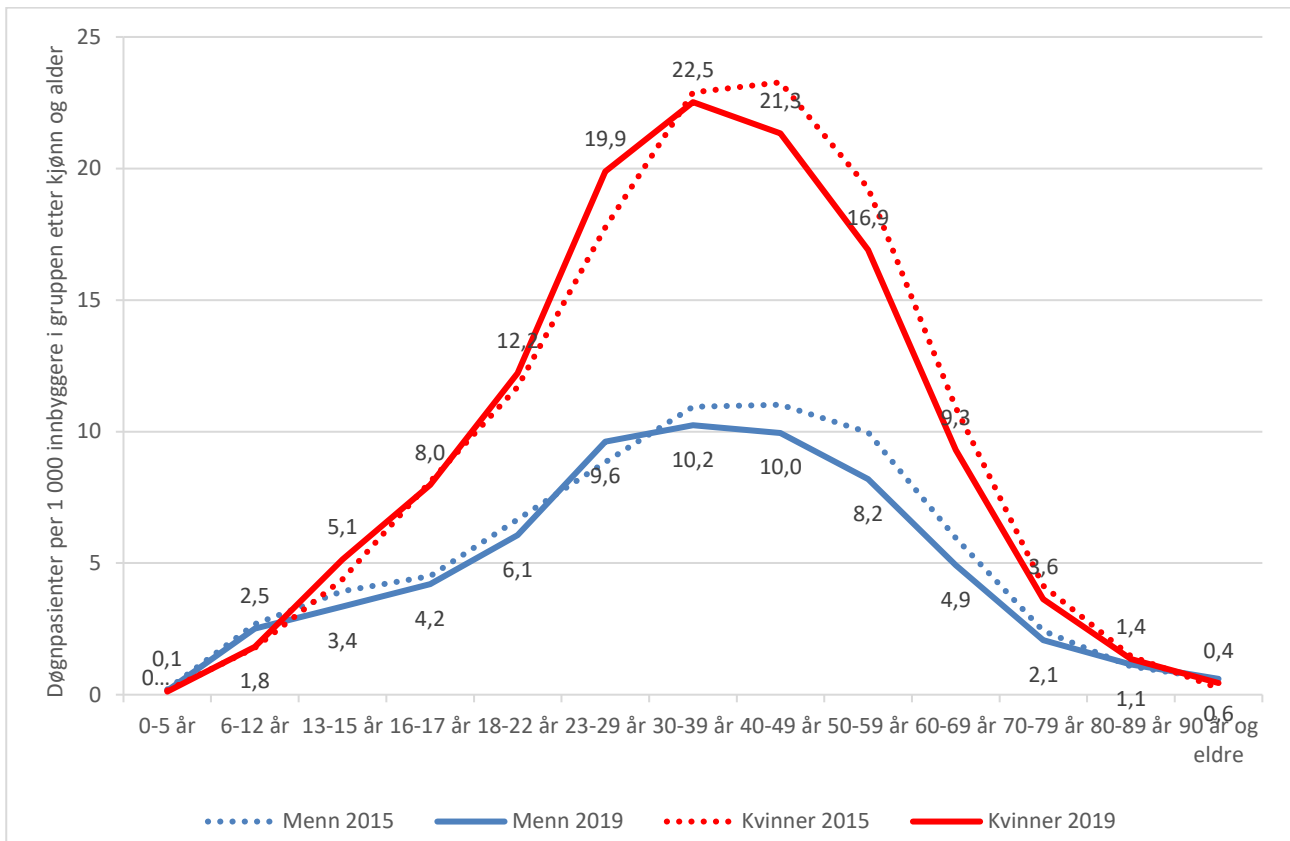


For kvinnene økte pasientraten ved poliklinikkene fram til aldersgruppen 16-17 år, for deretter å avta med økende alder. For mennene var raten høyest for aldersgruppen 13-15 år, og avtok for aldersgruppene 18 år og eldre. For begge kjønn har det fra 2015 til 2019 vært en svak økning i ratene for aldersgruppene 18-39 år.

## 1.6 Pasienter hos avtalespesialistene i 2015 og i 2019

Figur 1-17 viser fordelingen av pasienter hos avtalespesialistene etter kjønn og alder i 2015 og i 2019.

Figur 1-17: Pasienter hos avtalespesialistene etter kjønn og alder. Rater per 1 000 innbyggere i aldergruppen i 2014 og 2018.



Pasientene hos avtalespesialistene hadde en annen aldersfordeling enn ved poliklinikkene og døgnavdelingene. Hovedtyngden av pasientene var i alderen 23 til 49 år. Ratene var gjennomgående langt høyere for kvinner enn for menn. Fra 2015 til 2019 kan vi spore en svak nedgang i ratene for aldergruppene over 40 år.

# 2. Befolkningens bruk av psykisk helsevern for barn og unge

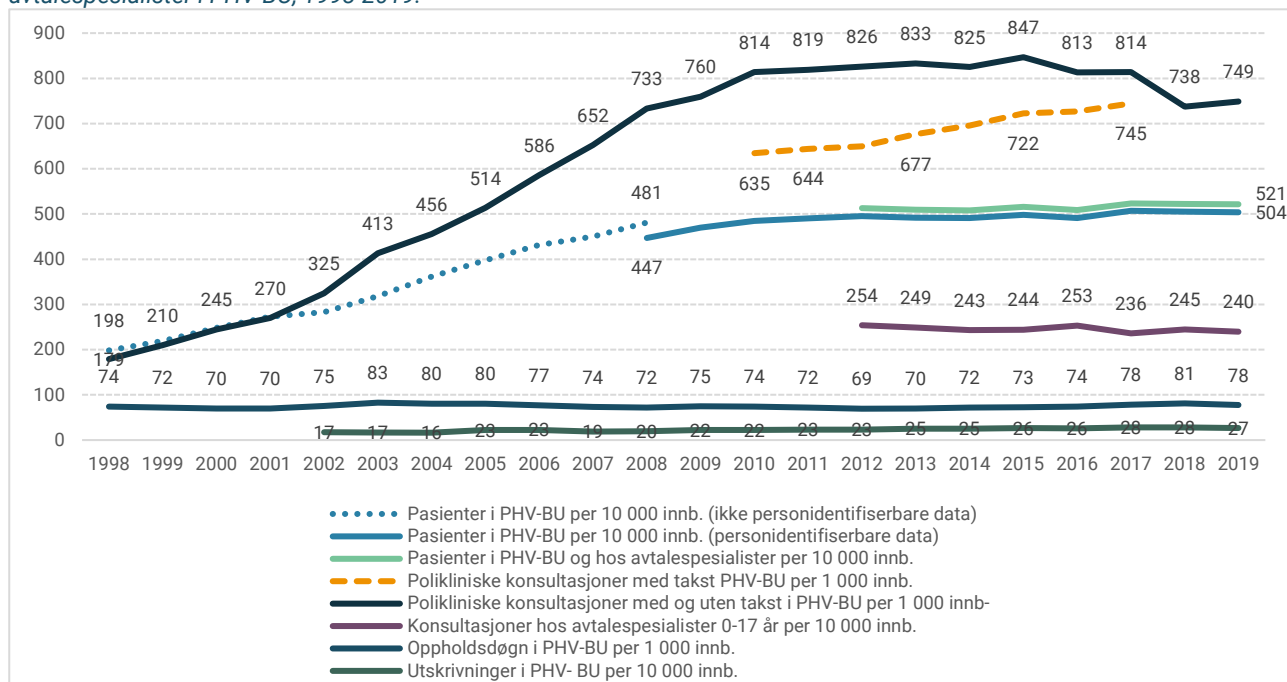
## 2.1 Nasjonale utviklingstrekk

I 2019 var 58 304 pasienter i kontakt med det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette omfatter både pasienter i offentlige tjenester i psykisk helsevern og pasienter hos avtalespesialister. Det var lite endring i antall pasienter i tjenestene til barn og unge fra 2015 til 2019 (+0,3 prosent). Korrigert for befolkningsutviklingen i perioden var veksten på 1,1 prosent.

De fleste pasientene i tjenestene til barn og unge behandles i poliklinikker, og blant disse økte andelen som mottok ambulante tjenester fra 30 til 38 prosent i perioden 2015 til 2019. Døgnbehandling er også en viktig del av tjenestetilbudet til deler av barne- og ungdomsbefolkningen, selv om omfanget av pasienter er betydelig mindre enn i poliklinikk, om lag 2 000 pasienter årlig. Det er også relativt få som behandles hos avtalespesialister i aldersgruppen 0-17 år, i siste femårsperiode varierte det årlig tallet mellom 2 500 og 2 700 pasienter. Enkelte pasienter er både i kontakt med offentlige institusjoner, poliklinikker og avtalespesialister.

Figur 2-1 viser nasjonal utvikling for bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge de siste 20 årene. Figuren viser tall for pasienter, oppholdsdøgn, utskrivninger og konsultasjoner korrigert for befolkningsutviklingen.

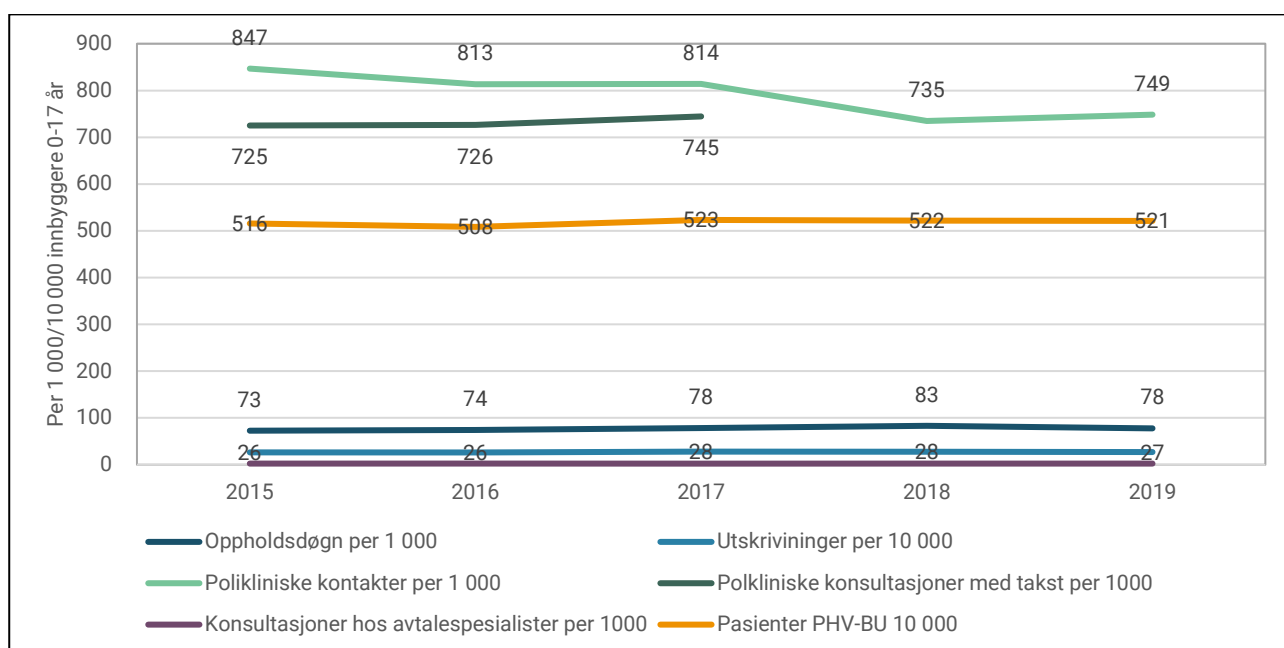
Figur 2-1: Dekningsrater for pasienter, oppholdsdøgn, utskrivninger, polikliniske kontakter og konsultasjoner hos avtalespesialister i PHV-BU, 1998-2019.



I siste 20 års-periode har det vært en kraftig vekst i omfanget av behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. I forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) var det en økning fra om lag 2 til nær 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen som var i kontakt med tjenesten. Denne veksten kom primært i poliklinisk virksomhet, med en betydelig økning i antall polikliniske kontakter i perioden. Etter opptrappingsperiodens slutt, avtok veksten både i pasient- og konsultasjonsratene, og har de senere årene flatet ut. Fra 2015 gikk konsultasjonsraten ned, men økte igjen siste år. Antall oppholdsdøgn varierte noe mellom år, men for perioden sett under ett var døgnraten relativt stabil, mens det var en vekst i antall utskrivninger. Dette indikerer flere og/eller kortere døgnopphold i perioden fra 2002 til 2020.

Figuren under viser utviklingen siste fem år, fra 2015 til 2019.

Figur 2-2: Dekningsrater for pasienter, oppholdsdøgn, utskrivninger, polikliniske kontakter og konsultasjoner hos avtalespesialister i PHV-BU, 2015-2019.



Fra 2015 til 2019 var det liten endring i antall pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge på nasjonalt nivå (+0,3 prosent). Korrigert for befolkningsutviklingen i perioden var veksten på 1,1 prosent. Polikliniske kontakter (med og uten takst) hadde en avtagende utvikling fra 2015 til 2019 (-12 prosent). Det var spesielt fra 2017 til 2018 at denne størrelsen avtok betydelig. Dette var både knyttet til innføring av ISF og konvertering til nytt pasientdatasystem i Helse Midt-Norge. Fra 2018 til 2019 økte antall konsultasjoner noe igjen (+1 prosent). Antall oppholdsdøgn og utskrivninger i døgn tjenestene økte i siste femårsperiode (+6 og +1 prosent), men avtok noe fra 2018 til 2019 (-7 og -4 prosent).

### Utvikling i bruk av tjenester for jenter og gutter i ulike aldersgrupper

Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) er primært et spesialisthelsetjenestetilbud til barn og unge i alderen 0-17 år. Av ulike årsaker behandles også en del eldre pasienter i denne tjenesten. Dette er blant annet knyttet til at pasientene kan beholde sin behandler i PHV-BU opp til man er 23 år. Det ser ut til å variere noe mellom foretakene hvor stor andel av pasientene over 17 år som behandles i tjenestene til barn og unge. Dette utdypes nærmere i kapittel 2.5 om datagrunnlag bakerst i kapitlet.

I fortsettelsen fokuseres det mest på gruppen 0-17 år, hvor det presenteres tall for ulike aldersgrupper. Eldre pasienter over 17 år som behandles i tjenestene til barn og unge er imidlertid inkludert i tallene for pasientene samla og i nasjonale tall for bruk av tjenester. Tabell 2-1 viser en oversikt over antall pasienter i PHV-BU i 2015 og 2019 fordelt på ulike alderskategorier.

Tabell 2-1 Pasienter i PHV-BU og hos avtalespesialister etter alder, 2015 og 2019<sup>2</sup>.

	2015			2019			Prosent endring 2015-2019		
	Pasienter i PHV-BU	Pasienter hos avtale-spesialister	Pasienter totalt	Pasienter i PHV-BU	Pasienter hos avtale-spesialister	Pasienter totalt	Pasienter i PHV-BU	Pasienter hos avtale-spesialister	Pasienter totalt
0-5 år	4 452	69	4 505	3 779	50	3 820	-15,1	-27,5	-15,2
6-12 år	21 319	1 017	22 056	22 243	992	22 987	4,3	-2,5	4,2
13-15 år	12 895	790	13 458	13 501	815	14 076	4,7	3,2	4,6
16-17 år	10 776	829	11 386	10 904	763	11 470	1,2	-8,0	0,7
18-22 år	5 734		5 734	5 182		5 182	-9,6		-9,6
23 år og eldre	986		986	748		748	-24,1		-24,1
Totalt	56 162	2 705	58 125	56 357	2 620	58 304	0,3	-3,1	0,3

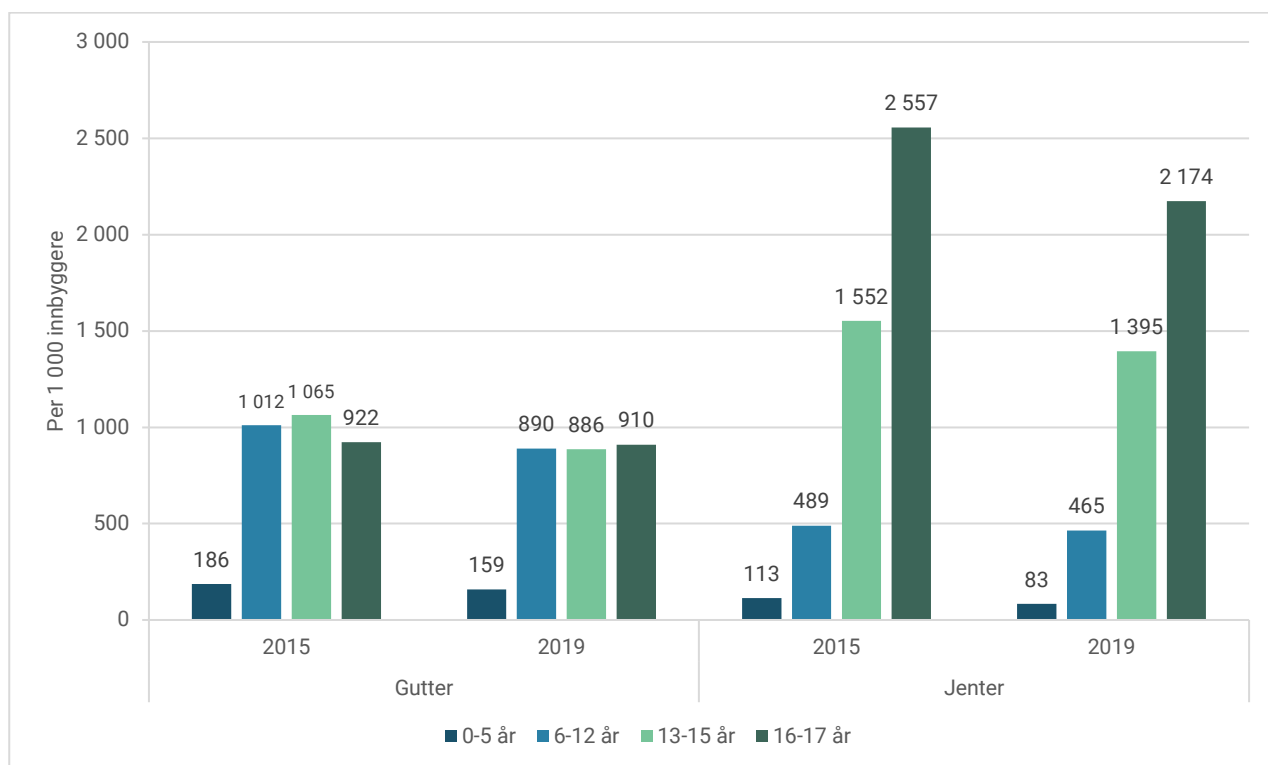
I kapittel 1 viste vi omfanget av pasienter i kontakt med det psykiske helsevernet fordelt etter kjønn og alder i 2015 og 2019. For både jenter og gutter steg pasientraten fram til aldersgruppen 16-17 år, der henholdsvis 11,7 og 6,9 prosent av befolkningen var i kontakt med tjenestene i 2019. Siden 2015 har det for de under 18 år spesielt vært vekst i pasientraten for gutter 16-17 år (8 prosent, se figur 1-1 og 1-2). I fig 1-5 til 1-8 viste vi utviklingen i regionene for ulike aldersgrupper for gutter og jenter. Her så vi at denne veksten spesielt kom i Helse Vest og Helse Nord.

Figurene 2.3 og 2.4 viser utviklingen i omfanget av behandling i poliklinikkene og døgnhetene siste fem år for jenter og gutter i ulike aldersgrupper. Behandlingen er her målt i polikliniske kontakter og antall oppholdsdøgn i 2015 og 2019.

<sup>2</sup> På grunn av manglende data for NKS Østbytnet behandlingssenter AS for 2018 og 2019, er 2017-tall for institusjonen benyttet som estimat i totaltall. Det er ikke korrigert for mangeldene data for aldersgruppene.



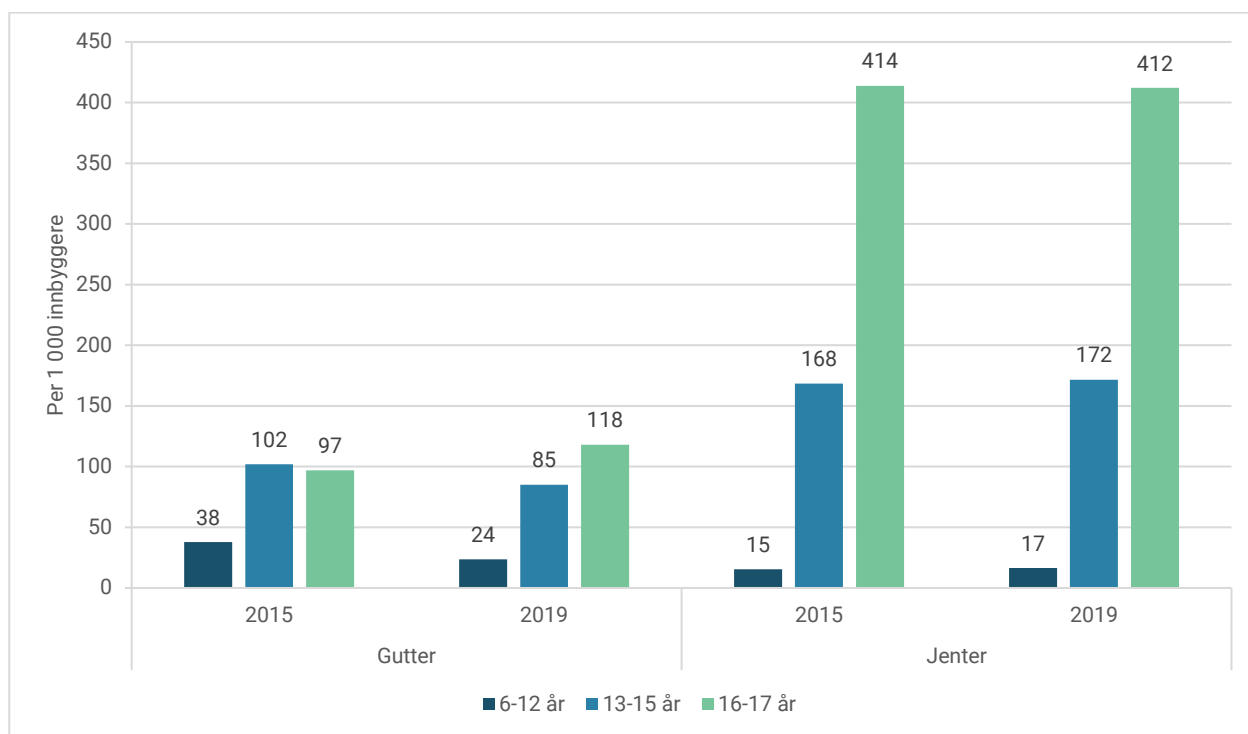
Figur 2-3: Polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 1 000 innbygger 0-17 år etter kjønn og alder. 2015 og 2019.



Figuren viser at det er store forskjeller mellom jenter og gutter i ulike aldersgrupper i omfanget av tjenester de mottar i poliklinikkene. Både i 2015 og 2019 hadde jenter betydelig høyere konsultasjonsrater enn gutter i alderen 16-17 år, mens gutter hadde dobbelt så høye rater som jenter i barnealder (6-12 år). For de yngste (0-5 år) var konsultasjonsratene noe høyere for gutter enn jenter begge år.

Det var avtagende kontaktrate for begge kjønn og alle aldersgrupper fra 2015 til 2019. Det er grunn til å tro at dette delvis er knyttet til innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) og datatekniske forhold i Helse Midt-Norge. I hvilken grad det er reell nedgang i aktivitet, er mer usikkert.

Figur 2-4: Oppholdsøgn i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 1 000 innbygger 0-17 år etter kjønn og alder. 2015 og 2019.



Figur 2.4 viser at det også i døgntilrettelagt behandling var jenter i ungdomsalder som hadde den høyeste bruken av tjenester i perioden 2015 til 2019. Dette gjaldt spesielt aldersgruppen 16-17 år. For jenter var det en liten endring i perioden, mens blant gutter økte døgnraten for aldersgruppen 16-17 år (+22 prosent) og avtok for yngre gutter (-37 prosent).

## 2.2 Regionale utviklingstrekk

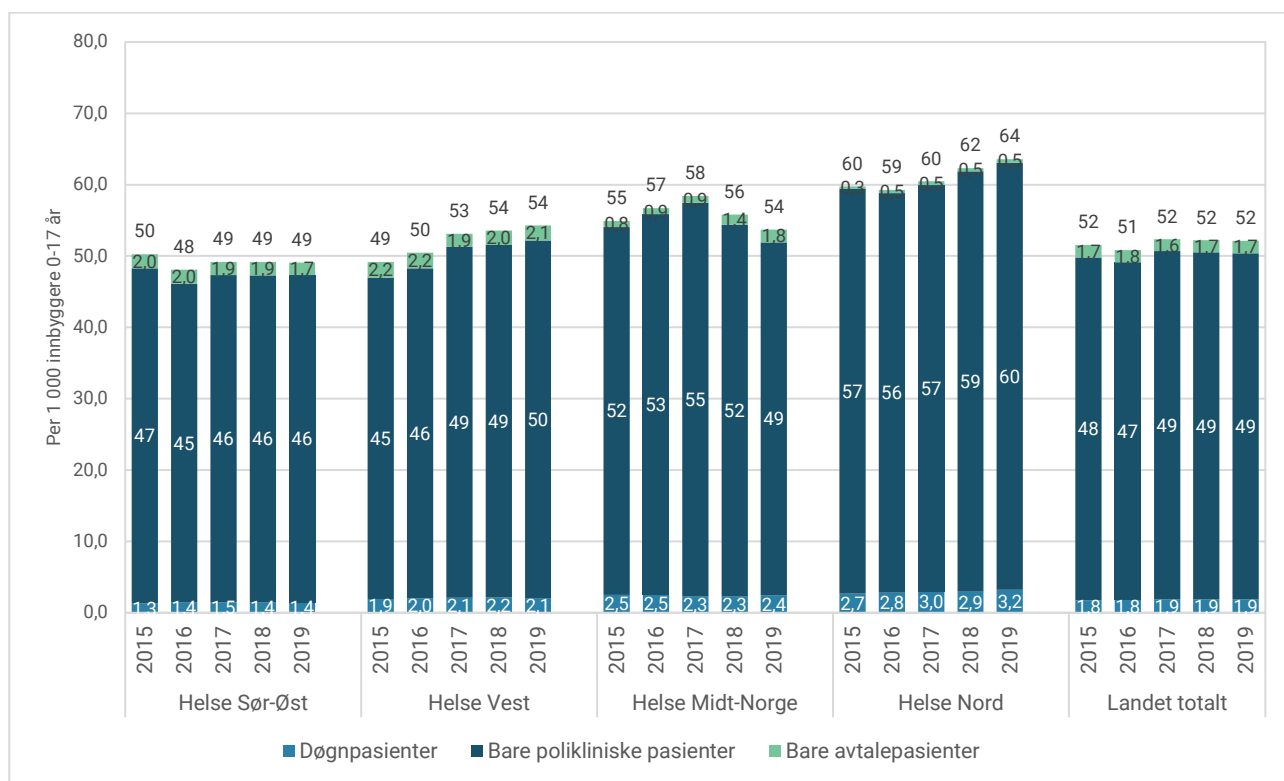
Helse Nord hadde i hele perioden fra 2015 til 2019 de høyeste pasientratene i tjenestene til barn og unge, både i poliklinikk og i døgntilrettelagt behandling. Motsatt hadde Helse Sør-Øst de laveste pasientratene fra og med 2016. Pasienter som bare var i behandling hos avtalespesialister hadde størst volum i Helse Vest og lavest i Helse Nord, når man tok hensyn til befolkningsstørrelsen i regionene.

I siste femårsperiode var det tilnærmet stabile nasjonale pasientrater både i poliklinikk, døgntilrettelagt behandling og hos avtalespesialister i det psykiske helsevernet for barn og unge. Utviklingen i regionene var imidlertid ulik. Det var vekst blant polikliniske pasienter og døgntilrettelagte pasienter i Helse Vest og Helse Nord i perioden. I Helse Midt-Norge avtok den polikliniske pasientraten, mens pasienter hos avtalespesialister økte fra 2015 til 2019. Helse Sør-Øst hadde tilnærmet samme stabile utvikling som på nasjonalt nivå i perioden.

### Pasienter i regionene

I figur 2-5 presenteres regional utvikling for pasienter i poliklinisk behandling, i døgntilrettelagt behandling, og hos avtalespesialister i perioden 2015-2019.

Figur 2-5: Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 1 000 innbygger 0-17 år etter bostedsregion og behandlingsform. 2015-2019.



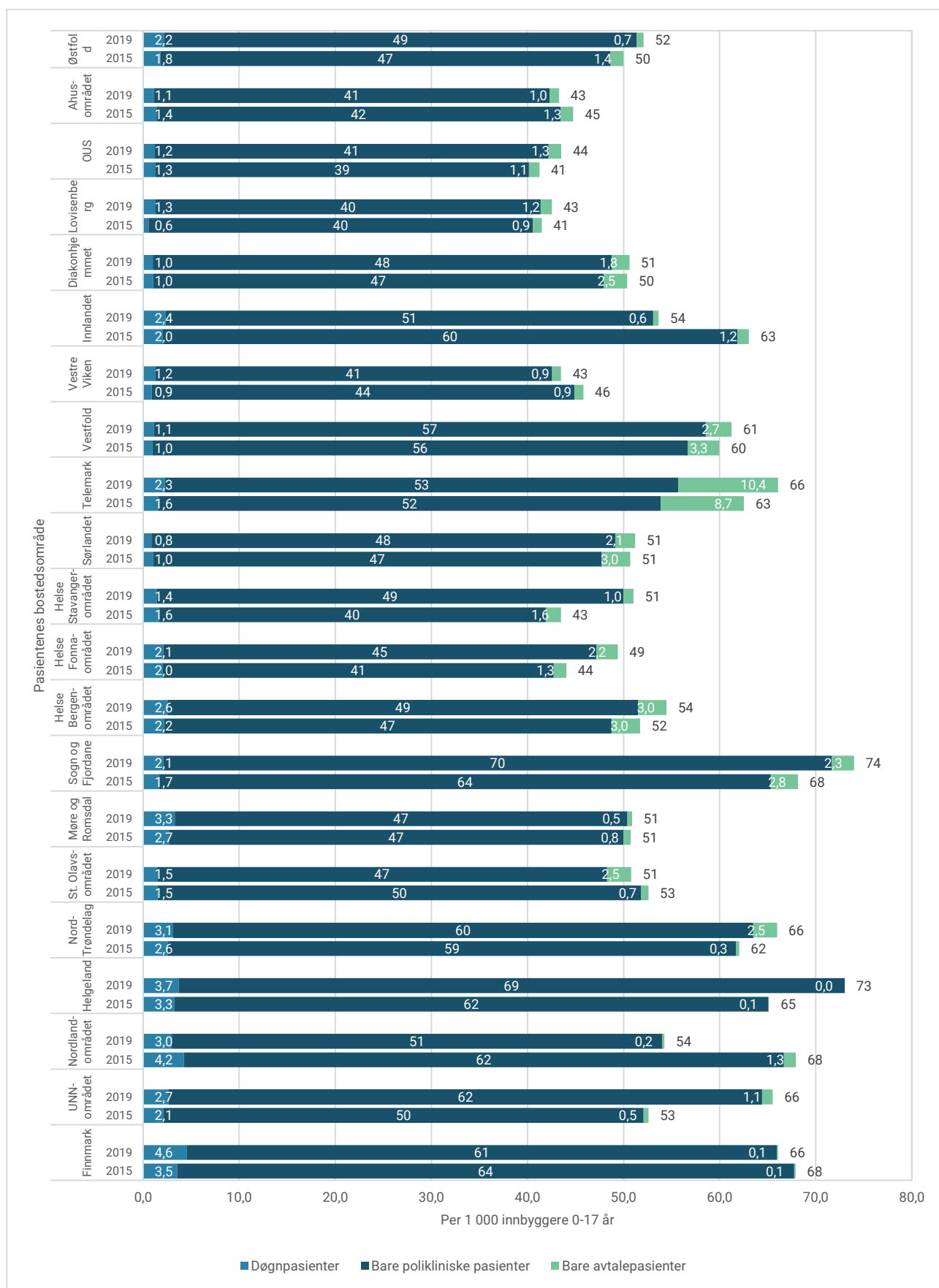
Figuren over viser tydelig hvordan poliklinisk behandling utgjør hovedtyngden i tjenestene til barn og unge i alle regioner i hele perioden 2015 til 2019. De polikliniske pasientratene var i hele perioden høyest i Helse Nord, mens Helse Sør-Øst hadde de laveste ratene fra 2016. Helse Vest hadde de laveste ratene i første del av femårsperioden, men betydelig vekst i polikliniske pasienter gjorde at regionen var på nivå med Helse Midt-Norge i 2019.

Til tross for at døgnbehandlingen utgjorde en liten andel av den totale pasientraten i regionene og ratene for døgnpasienter var små, var det klare forskjeller mellom regionene i omfanget av døgnpasienter i hele femårsperioden. Figuren viser at det var betydelig flere pasienter i døgnbehandling i Helse Nord enn i Helse Sør-Øst samtlige år når man korrigerer for folketallet. Døgnpasientraten var over dobbelt så høy i Helse Nord sammenliknet med raten i Helse Sør-Øst i 2019 (3,2 pasienter vs. 1,4 pasienter per 1 000 innbyggere). Utviklingen i regionene var også ulik for døgnpasientene i perioden, med størst vekst i Helse Nord (+21 prosent), og avtagende rate i Helse Midt-Norge (-2,0 prosent).

Pasienter som kun var i behandling hos avtalespesialister, hadde størst volum i Helse Vest og lavest i Helse Nord, korrigert for befolkningsstørrelsen. I Helse Midt-Norge økte raten for avtalepasienter i perioden, og var på nivå med Helse Sør-Øst i 2019.

I figur 2-6 presenteres tilsvarende oversikt for helseforetaksområdene i 2015 og i 2019.

Figur 2-6: Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 1 000 innbygger 0-17 år etter bostedsområde og behandlingsform. 2015 og 2019.



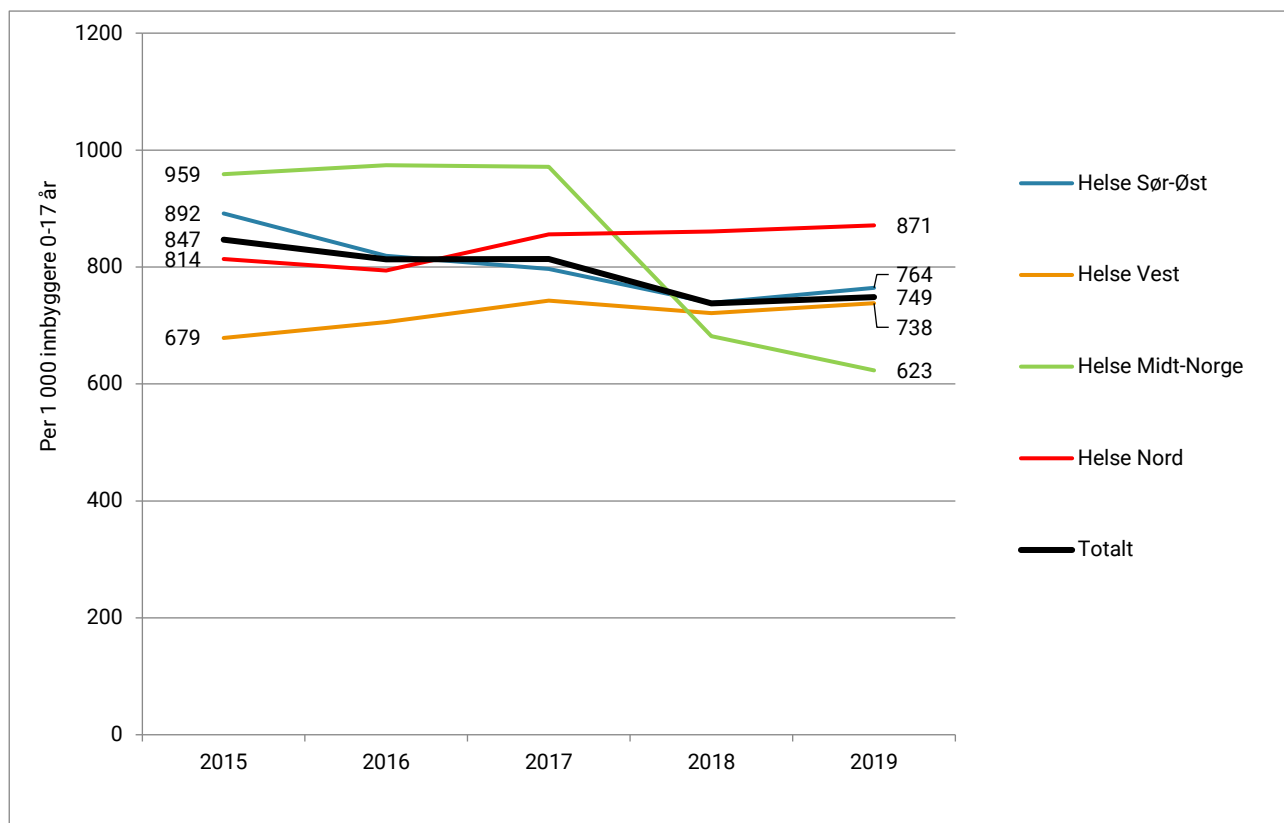
Figuren viser at det var betydelige forskjeller i pasientrater mellom helseforetaksområdene både i 2015 og 2019. I 2015 hadde Helse Førde-området, Nordlandsområdet og Finnmark de høyeste pasientratene (alle 68 per 1000 innbygger), mens i 2019 var pasientraten høyest i Helse Førde-området og Helgeland (74 og 73 per 1000 innbygger). I deler av Oslo og i Vestre Viken var pasientratene betydelig lavere begge år (43-44 per 100 innbygger i 2019).

I alle områdene i Helse Vest økte pasientraten i perioden, både i poliklinikk og døgntilrettelagt behandling (med unntak for døgnraten i Stavanger). I de øvrige regionene var det ingen entydig utvikling for helseforetaksområdene. Når det gjaldt pasienter hos avtalespesialister, skilte Telemark seg ut med høy og økende rate i perioden. I 2019 var over 10 pasienter per 10 000 innbygger i kontakt med avtalespesialister i dette helseforetaksområdet, for landet samla var raten til sammenlikning på 1,7 pasienter per 10 000 innbygger.

### 2.3 Bruk av poliklinisk behandling i regionene

Figur 2-7 viser bruk av polikliniske tjenester i PHV-BU, målt i polikliniske kontakter (med og uten takst).

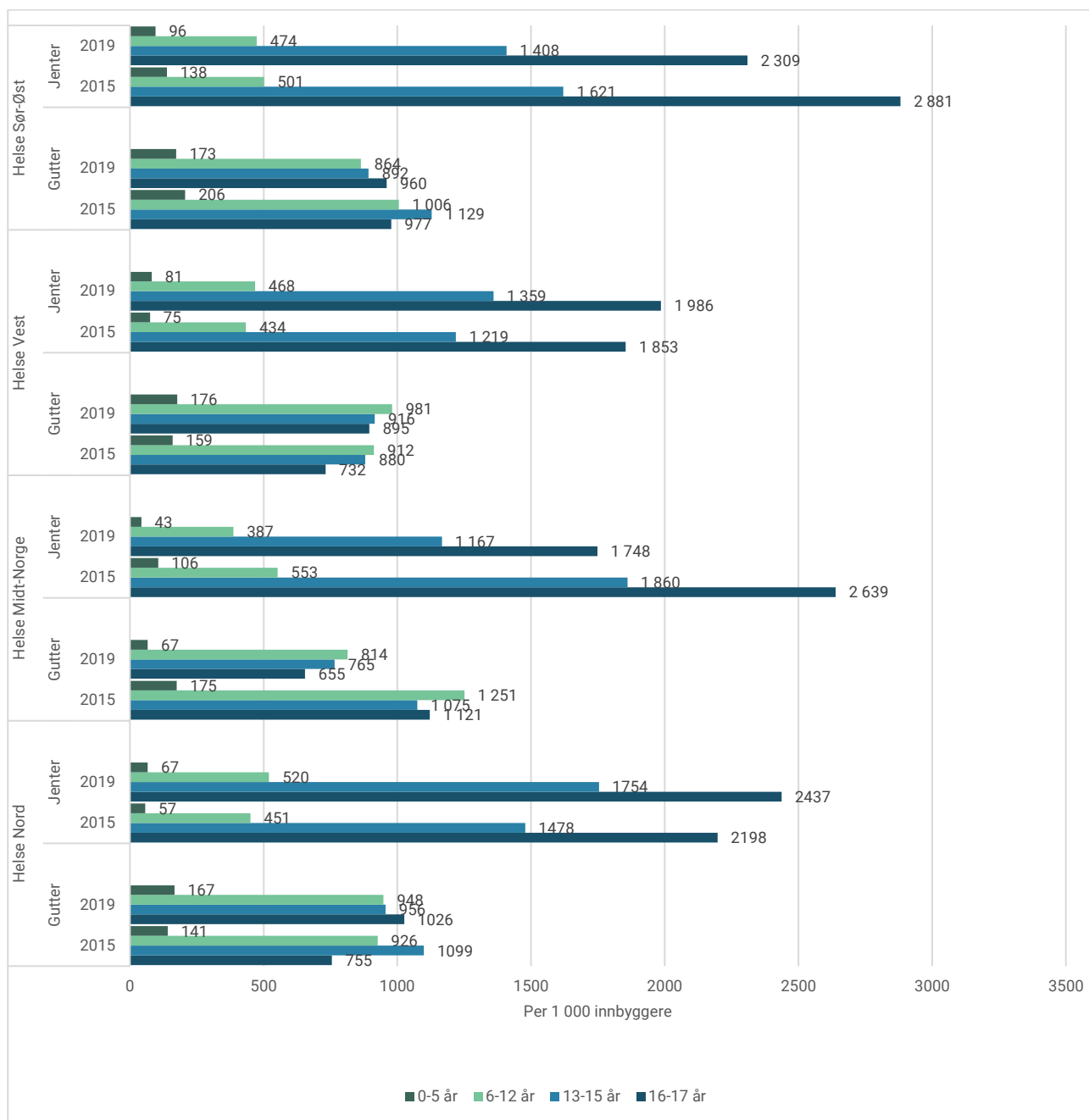
Figur 2-7: Polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 1 000 innbygger 0-17 år etter bostedsregion. 2015-2019.



I 2019 hadde Helse Nord de høyeste konsultasjonsratene og Helse Midt-Norge de laveste ratene i tjenestene til barn og unge. Omfanget av registrerte polikliniske kontakter avtok med 12 prosent fra 2015 til 2019. Det var spesielt fra 2017 til 2018 at denne størrelsen avtok betydelig. Det er grunn til å tro at dette både er knyttet til innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF), og konvertering til nytt pasientdatasystem i Helse Midt-Norge. Fra 2018 til 2019 var det en svak økning på nasjonalt nivå og i alle regioner med unntak for Helse Midt-Norge, som fortsatt hadde en avtagende rate også siste år.

Figur 2-8 viser den regionale utviklingen i poliklinisk kontakt for jenter og gutter i ulike aldersgrupper fra 2015 til 2019.

Figur 2-8: Polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 1 000 innbygger etter aldersgruppe, kjønn og bostedsregion. 2015 og 2019.



Figuren viser at jenter i alderen 16-17 år hadde de høyeste ratene for poliklinisk kontakt i samtlige regioner både i 2015 og 2019. I perioden gikk raten for denne aldersgruppen ned i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge, mens den økte i de to andre regionene. Dette gjaldt begge kjønn. Det var samme tendens for yngre ungdom (13-15 år), med unntak for gutter i Helse Nord.

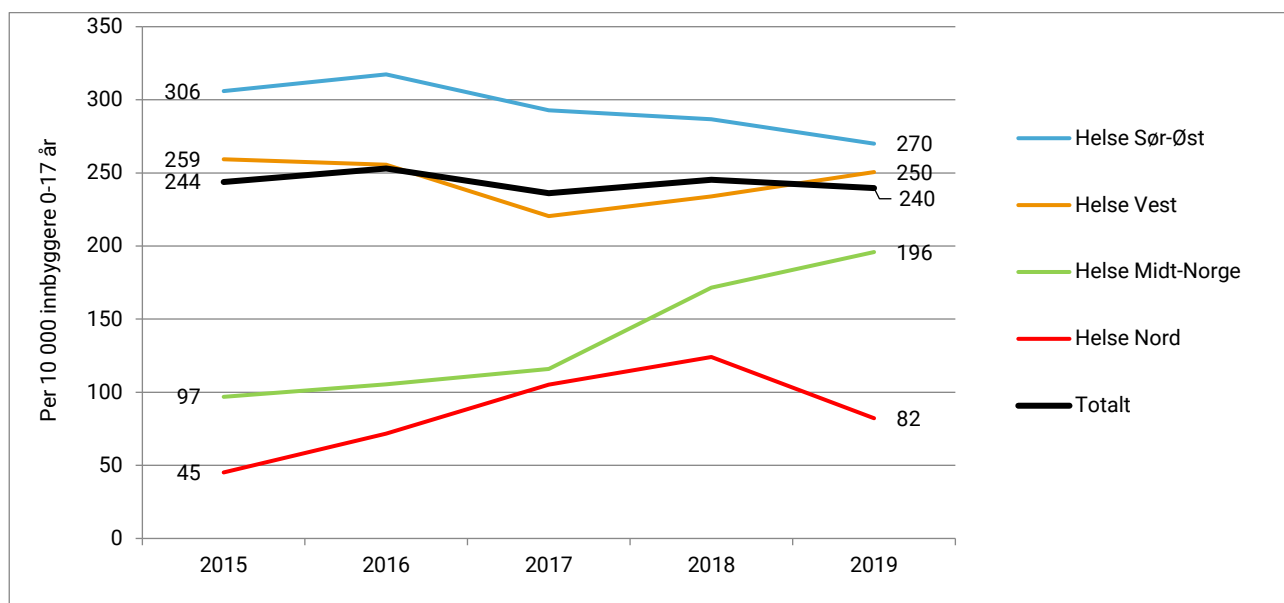
I 2019 hadde dermed jenter i Helse Nord de høyeste ratene for poliklinisk kontakt i aldersgruppen 16-17 år, med Helse Sør-Øst like bak. Helse Midt-Norge gikk fra å ha det nest høyeste omfanget av kontakter til laveste rate for jenter i denne aldersgruppen i løpet av perioden 2015 til 2019. Det samme ser vi for jenter

i alderen 13-15 år og gutter i alderen 16-17 år, for disse gruppene gikk regionen fra høyeste til laveste rate.

Blant de yngste pasientene (0-5 år) hadde guttene mest poliklinisk kontakt begge år i samtlige regioner. Nivået på kontaktraten gikk ned for begge kjønn i Helse Midt-Norge i løpet av perioden, ellers var det mindre endringer i de andre regionene.

Figur 2-9 viser den regionale utviklingen av konsultasjoner hos avtalespesialister for barn og unge i alderen 0-17 år.

Figur 2-9: Polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialister i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbygger 0-17 år etter bostedsregion. 2015-2019.



Det var i hele perioden betydelig høyere bruk av avtalespesialister i Helse Sør-Øst og Helse Vest enn i de andre regionene. Forskjellene mellom regionene ble imidlertid mindre i løpet av femårsperioden, noe som skyldes en klar vekst i konsultasjoner hos avtalespesialister i Helse Midt-Norge og Helse Nord.

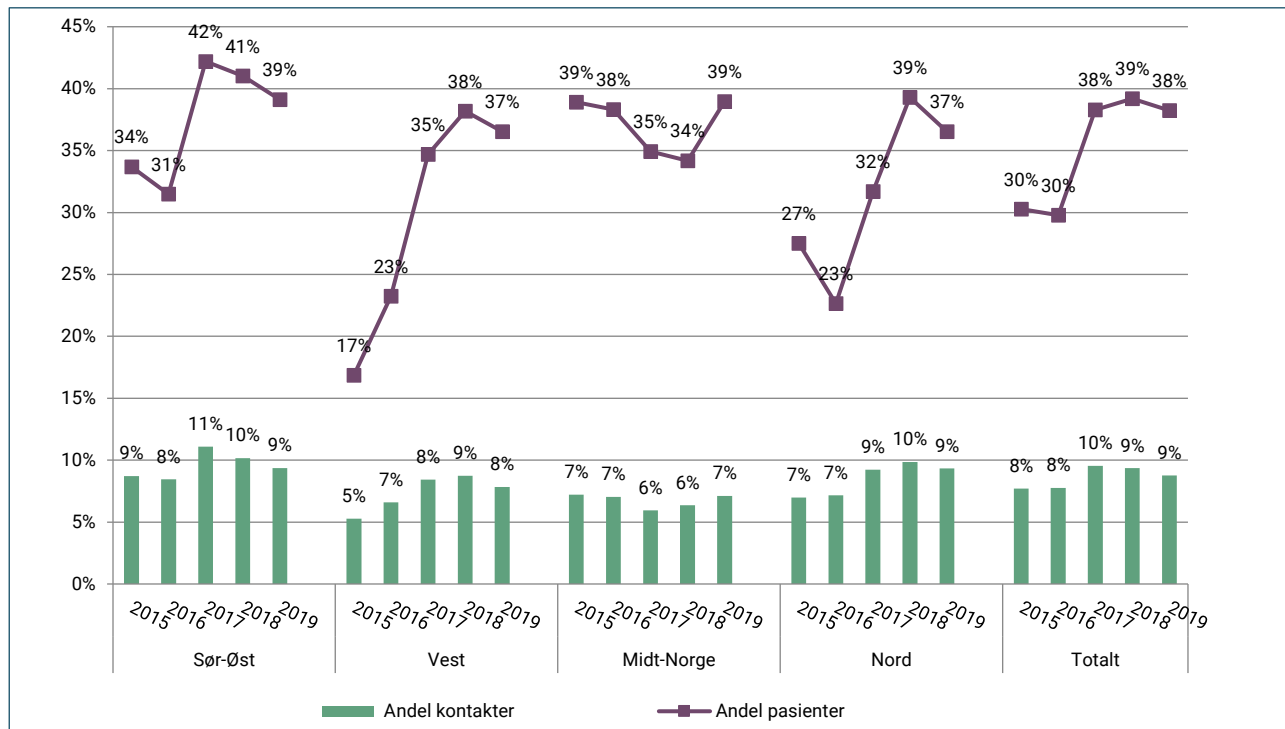
### Ambulant behandling

Vi vil her se nærmere på den ambulante virksomheten i det psykiske helsevernet for barn og unge. Vi har hittil sett at poliklinisk behandling omfatter de fleste pasientene i tjenestene til barn og unge, og volummessig er den dominerende behandlingsformen. En del pasienter har behov for å motta behandling utenfor poliklinikkene, og fra 2016 ble denne typen behandling refusjonsgivende. Det er mer ressurskrevende for tjenestene å reise ut til pasienten enn at pasienten kommer til poliklinikken. Det er derfor av interesse å se på omfanget av denne typen tjeneste, og hvordan utviklingen har vært de siste årene.

Figur 2-10 viser regionvis utvikling i andel ambulante kontakter i dag-/poliklinisk behandling fra 2015 til 2019, og andel pasienter som har mottatt behandling utenfor behandlingsinstitusjonen i samme periode.



Figur 2-10: Ambulant virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge i regionene i perioden 2015-2019.



Ni prosent av de polikliniske kontaktene i PHV-BU var ambulante i 2019, og 38 prosent av pasientene mottok en eller flere ambulante konsultasjoner samme år. I perioden 2015-2019 økte andelen ambulante pasienter fra 30 til 38 prosent på nasjonalt nivå. Allikevel økte andelen ambulante kontakter kun fra åtte til ni prosent i perioden.

I regionene økte andel ambulante konsultasjoner fram til 2017/2018 for deretter å avta. Dette gjaldt ikke Helse Midt-Norge, hvor utviklingen var motsatt. I 2019 varierte andel pasienter som mottok ambulant behandling mellom 37 til 39 prosent i regionene.

### Datagrunnlag

Ambulante tjenester er et tilbud som er rettet mot pasienter som av ulike grunner ikke er i stand til å møte til avtalt tid ved institusjonen eller som trenger særlig oppfølging i hjemmet eller andre steder. De ambulante tjenestene er ofte organisert som team som gjør forarbeid og etterarbeid ved institusjonen i tillegg til å oppsøke pasienten og samarbeidsparter utenfor institusjonen. Ved innrapportering av pasientrelatert virksomhet til Norsk pasientregister mangler det en god klassifisering av de enhetene som tilbyr tjenestetilbudet. Dette gjør det blant annet vanskelig å beskrive det samlede tilbudet som utføres av de ambulante teamene. Vi er derfor henvist til å avgrense de ambulante tjenestene til den ambulante virksomheten eller med andre ord de polikliniske kontaktene som finner sted utenfor institusjonenes lokaler.

I pasientdata har vi opplysninger om *sted for tjenesten* som pasienten har mottatt. Vi vet hvorvidt tjenesten har funnet sted ved institusjonen eller annet sted. Videre ble det i 2016 innført en takst til bruk for registrering av ambulant virksomhet som i ISF ble videreført i form av særkode. Det vil si at angitt takst/særkode eller informasjon om at kontakten hadde funnet sted *utenfor* institusjonen er inklusjonskriteriet for ambulant kontakt. Dette betyr imidlertid at definisjonen omfatter en rekke typer

kontakter som naturlig finner sted i andre lokaler eksempelvis møter med førstelinjetjenesten, med pårørende, med NAV i tillegg til de oppsøkende tjenestene som er etablert for å fange opp pasienter. Ambulant virksomhet i regionene er beskrevet i form av andel av all dagbasert/poliklinisk virksomhet og andel av de korresponderende pasientene som blir berørt.

## 2.4 Bruk av døgntilbud i regionene

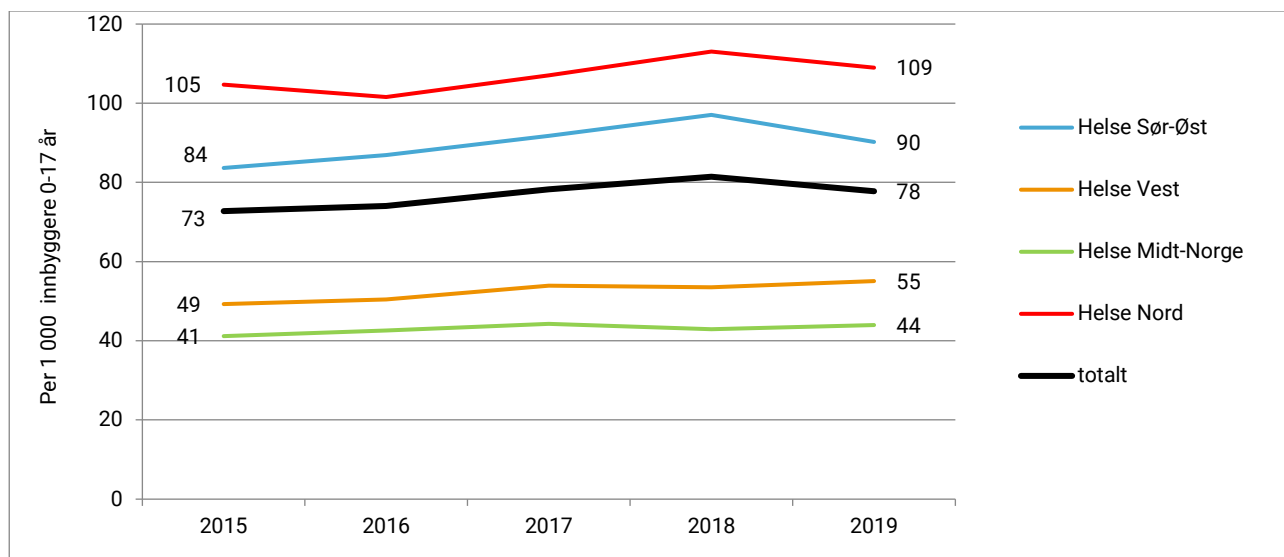
I det psykiske helsevernet for barn og unge omfatter døgntilbud en relativt liten andel av pasientene, men er av sentral betydning i utredning og behandling av enkelte pasientgrupper. Volumet av døgntilbudet er styrt av døgnplassene som finnes i regionene, og hvilken type behandlingstilbud disse tilbyr. Mens øyeblikkelig hjelp-tilbudet genererer mange innleggelses av kort varighet, vil behandling av lengre varighet bidra med få innleggelses og mange oppholdsdøgn. Volumet av døgntilbud måles ved oppholdsdøgn, utskrivninger og omfanget av døgntilbud i tjenesten.

På nasjonalt nivå var det vekst i aktiviteten knyttet til døgntilbud for barn og unge i perioden 2015 til 2019. Både oppholdsdøgn (+6,9 prosent), utskrivninger (+1,8 prosent) og døgntilbud (+6,7 prosent) økte i det psykiske helsevernet for barn og unge når man korrigerer for befolkningsutviklingen i perioden. Antall døgntilbud i det psykiske helsevernet for barn og unge økte, men avtok deretter i samme periode, kapasiteten var derfor omtrent på samme nivå i 2019 (301 pl

asser) som i 2015 (303 plasser).

Figur 2-11 og 2-12 viser den regionale utviklingen i antall oppholdsdøgn og utskrivninger i perioden 2015 til 2019.

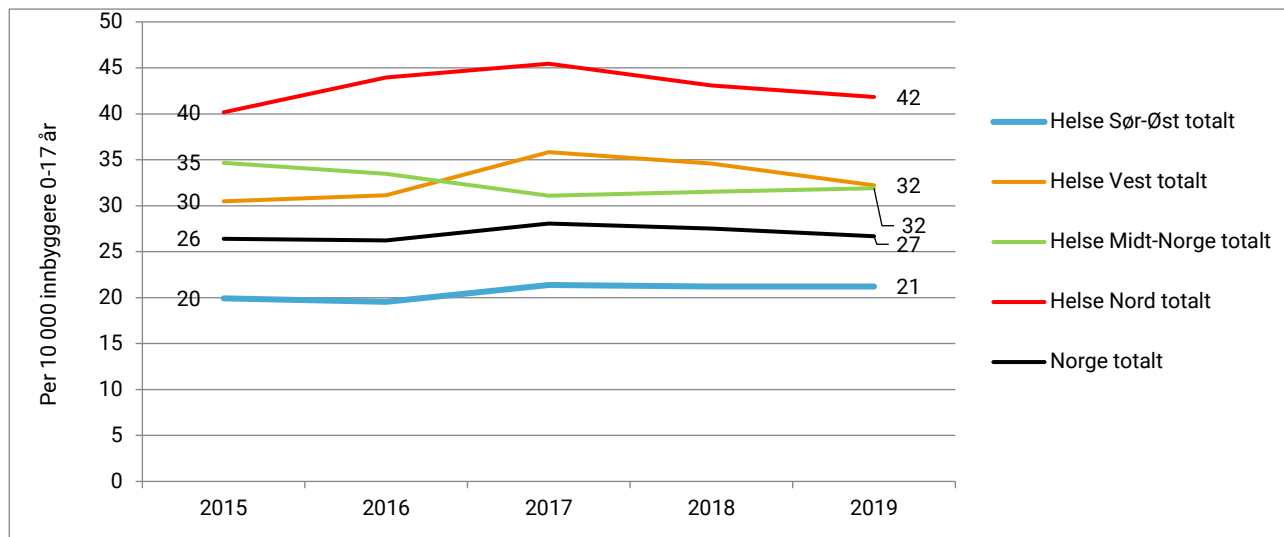
Figur 2-11: Oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 1 000 innbygger 0-17 år etter bostedsregion. 2015-2019.



Figur 2-11 viser at det var store regionale forskjeller i døgnratene i PHV-BU hele siste femårsperiode. Ratene i Helse Nord og i Helse Sør-Øst var omtrent dobbelt så høye som ratene i Helse Vest og i Helse Midt-Norge både i 2015 og 2019.

Omfanget av oppholdsdøgn økte i alle regioner i perioden, størst var veksten i Helse Vest. I Helse Midt-Norge var det knyttet usikkerhet til utviklingen av oppholdsdøgn i 2018 på grunn av konvertering til nytt datasystem, 2018-tall er derfor korrigert for denne regionen<sup>3</sup>.

Figur 2-12: Utskrivninger i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbygger 0-17 år etter bostedsregion. 2015-2019.



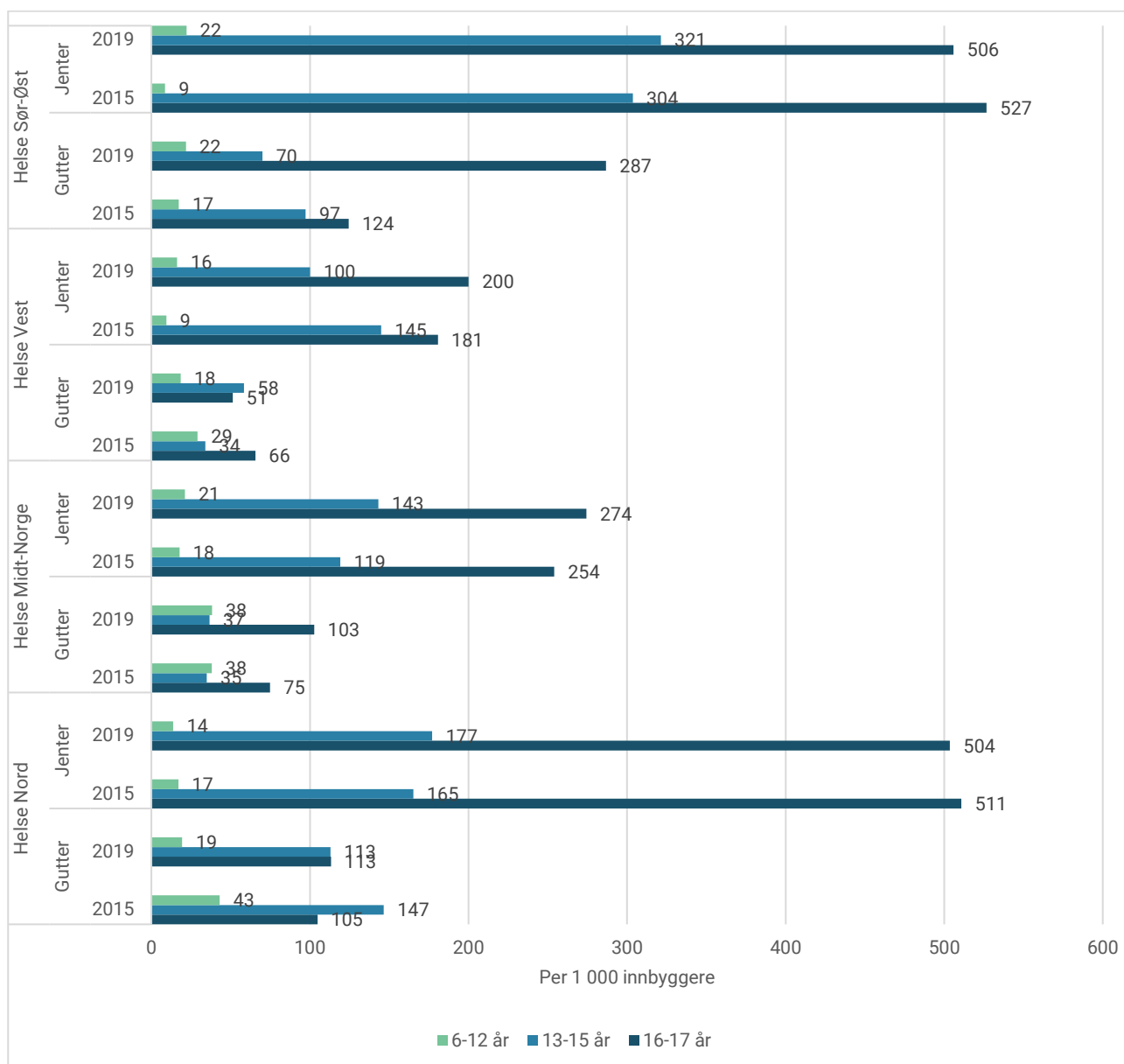
Helse Nord hadde også de høyeste utskrivningsratene blant regionene i perioden, mens Helse Sør-Øst hadde den laveste raten. Forskjellene mellom regionene var også betydelige for denne indikatoren for døgnbehandling, med dobbelt så høye utskrivningsrater i Helse Nord som i Helse Sør-Øst.

Det var liten vekst i utskrivningsraten på nasjonalt nivå i perioden (+1,8 prosent). Det var noe vekst i tre av regionene, mens det var avtagende rate i Helse-Midt Norge. Det er også knyttet usikkerhet til utviklingen av utskrivninger i Helse Midt-Norge på grunn av konvertering til nytt datasystem.

Figur 2-13 viser oppholdsdøgn for jenter og gutter i ulike aldersgrupper i regionene i 2015 og 2019.

<sup>3</sup> Etter avtale med Helse Nord-Trøndelag benyttes korrigerte tall fra helseforetaket, og for St.Olavs Hospital og Helse Møre og Romsdal benyttes et gjennomsnitt av 2017- og 2019-data.

Figur 2-13: Oppholds-døgn i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 1 000 innbygger etter kjønn og aldersgruppe 6-12 år, 13-15 år og 16-17 år. Bostedsregion 2015 og 2019.

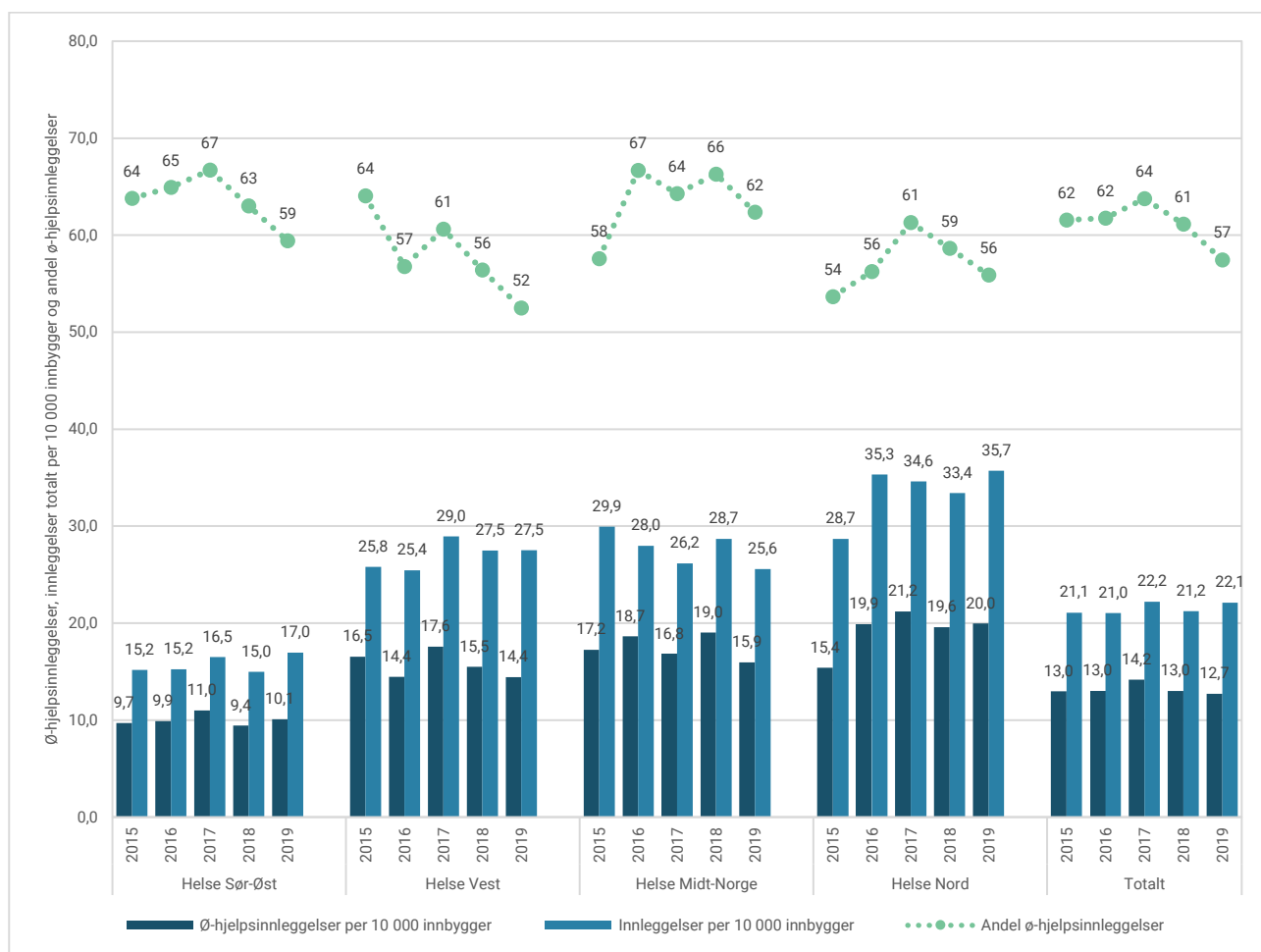


Figuren viser at det spesielt var jenter i alderen 16-17 år som stod for de høye døgnratene i Helse Nord og Helse Sør-Øst, dette gjaldt både i 2015 og 2019. I Helse Sør-Øst hadde også jenter i alderen 13-15 år betydelig høyere rater enn i andre regionene. Blant gutter var det en kraftig økning i døgnratene for aldersgruppen 16-17 år i Helse Sør-Øst siste femårsperiode. I de øvrige regionene var det mindre endringer.

### Øyeblikkelig hjelp-innleggelser for pasienter 0-17 år

I dette avsnittet presenteres utviklingen i øyeblikkelig hjelp-innleggelser for aldersgruppen 0-17 år i det psykiske helsevernet for barn og unge i perioden 2015-2019. Eldre pasienter i PHV-BU er utelatt fra tallgrunnlaget i figuren til forskjell fra tidligere år, noe som gjør at tallene avviker noe i forhold til dette. Figur 2-14 viser utviklingen av ø-hjelpinnleggelser, totale innleggelser og andel ø-hjelp i regionene.

Figur 2-14: Ø-hjelpsinnleggelser, innleggelser totalt og andel ø-hjelp for aldersgruppen 0-17 år i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbygger 0-17 år og prosentandel etter bostedsregion. 2015-2019.



Fra 2015 til 2019 avtok raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser i tjenestene til barn og unge med to prosent. I samme periode økte de totale innleggelsene med nær fem prosent. Andel ø-hjelpsinnleggelser avtok dermed fra 62 til 57 prosent fra 2015 til 2019, en nedgang på fem prosentpoeng i perioden.

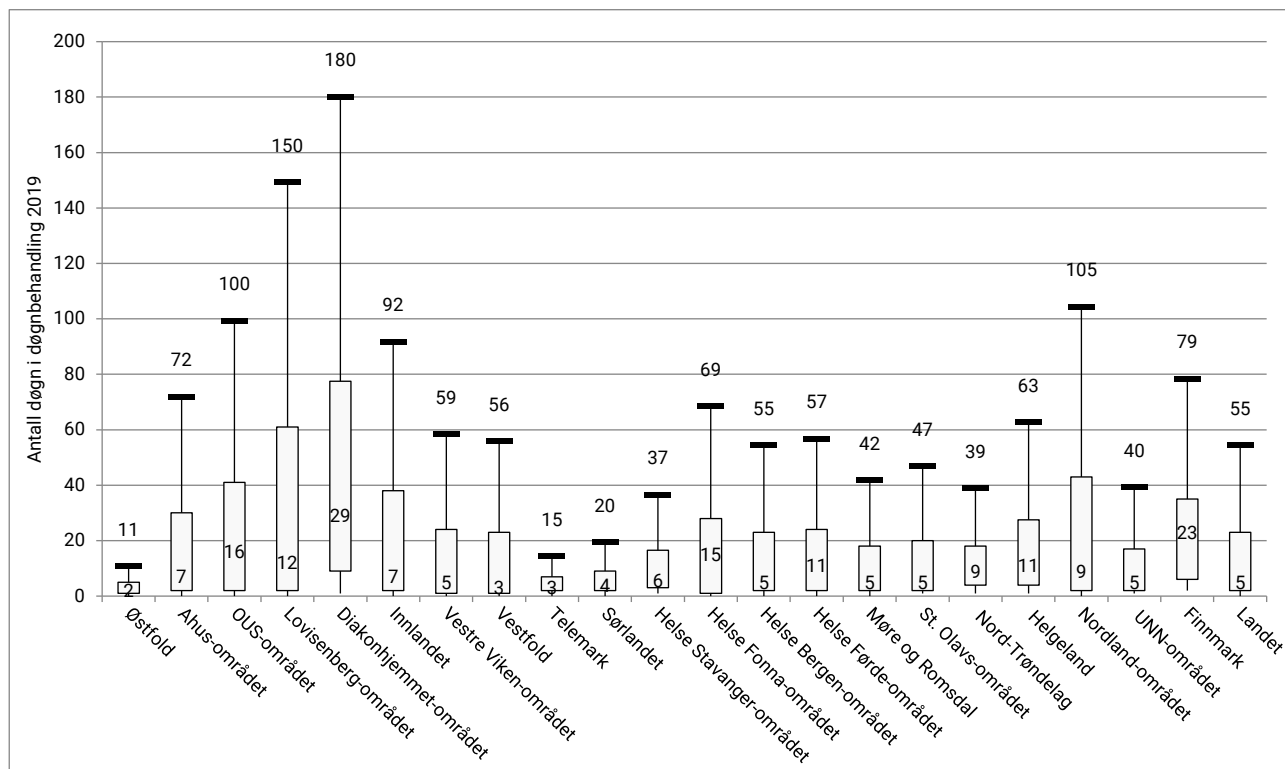
Nivået på ø-hjelps- og innleggelsesratene varierte mellom regionene. Helse Nord som hadde de høyeste ratene (20 og 36 per 10 000 innbygger), hadde dobbelt så høye ø-hjelps- og innleggelsesrater som Helse Sør-Øst (10 og 17 per 10 000 innbygger) i 2019. Ø-hjelpsratene økte noe i disse to regionene i femårsperioden, mens den avtok i Helse Midt-Norge og Helse Vest.

Forholdet mellom ø-hjelps- og innleggelsesratene ligger til grunn for andel ø-hjelpsinnleggelser (grønne stiplede linjer øverst i figuren). I 2019 hadde Helse Midt-Norge høyeste andel med 62 prosent, mens Helse Vest hadde laveste andel med 52 prosent. Andelen ø-hjelp gikk ned i regionene etter 2017.

### Varighet av døgnopphold

Figur 2-15 viser spredningen i varighet av døgnopphold mellom foretaksområdene for barn og unge i alderen 0-17 år i 2019. Boksen representerer 50 prosent av oppholdene. Den horisontale streken viser maksimumsverdi for 95 prosent av oppholdene.

Figur 2-15: Varigheten av døgntilrettelagt opphold for pasienter 0-17 år i det psykiske helsevernet. Boksplott etter bostedsområder for 2019. Median varighet av døgntilrettelagte opphold og estimert trimpunkt (95 persentil) er tallfestet for hvert område.



I 2019 var varigheten av avslutta døgntilrettelagte opphold i tjenestene til barn og unge fem dager (median) for pasienter i aldersgruppen 0-17 år. Siden 2015 har det vært lite endring i varigheten i døgntilrettelagte opphold for denne aldersgruppen, med unntak for 2018 da varigheten var 6 dager.

I Helse Sør-Øst var varigheten av døgntilrettelagte oppholdene lengre enn i de andre regionene i 2019, men innad i regionen var spredningen i behandlingens lengde svært ulik i de ti foretaksområdene. Median varighet varierte mellom 2 dager i Østfold helseforetaksområde til 29 dager i Diakonhjemmet-området. Noen døgntilrettelagte opphold i Oslo var imidlertid av svært lang varighet. I Diakonhjemmet-området var det opphold med varighet opp til 180 dager, og i Lovisenberg-området opphold med varighet opp til 150 dager. Pasienter fra Telemark og Sørlandet hadde derimot svært korte opphold, for 95 prosent av oppholdene i dette området er varigheten maksimalt 15 og 20 dager.

I de øvrige regionene var det også forskjeller i behandlingens lengde mellom foretaksområdene, men svært lange opphold forekom i mindre grad, spesielt i region Midt-Norge. I region Nord finner man døgntilrettelagte opphold med relativt lang varighet i Nordlands-området (105 dager), mens i UNN-området var oppholdene kortere (varighet opp til 40 dager).

I 2019 hadde jenter kortere median varighet på døgntilrettelagte opphold (5 dager) enn gutter (9,5 dager), og ved øyeblikkelig hjelp-innleggelse var det kortere varighet (3 dager) enn ved andre innleggelser (23 dager). Dette gjaldt begge kjønn, både jenter og gutter hadde median varighet på 3 dager ved øyeblikkelig hjelp-innleggelser, mens gutter hadde noe lengre varighet (24 dager) enn jenter (21 dager) ved andre

innleggelse. Aldersgruppen 6-12 år hadde de lengste døgnoppholdene (25 dager), mens pasienter i alderen 13-15 år (6 dager) og 16-17 år (4 dager) hadde kortere opphold. Det var likt mønster for begge kjønn, men noe lengre opphold for gutter i alderen 13-15 år (8 dager) enn for jenter (5 dager).

## **2.5 Datagrunnlag**

Dataene i dette kapitlet bygger på pasientdata for det psykiske helsevernet for barn og unge, innsendt fra helseforetak og private institusjoner til Norsk pasientregister. For NKS Østbyttet behandlingssenter AS manglet data for 2018 og 2019. Det er derfor benyttet data for 2017 som estimat for begge år.

Helse Midt-Norge endret i løpet av 2018 pasientdatasystem. Det har ikke vært mulig å avklare fullt ut hvilke konsekvenser overgangen til nytt system har gitt, men det er indikasjoner på at data for 2018 ikke var sammenlignbare med data for tidligere år. Vi har derfor grunn til å tro at dette i hovedsak forklarer aktivitetsnedgangen fra 2017 til 2018 for helseforetakene i regionen. Det gjør at det er knyttet usikkerhet til utviklingstall for regionen de siste årene.

PHV-BU er primært et spesialisthelsetjenestetilbud til barn og unge i alderen 0-17 år. Av ulike årsaker behandles også en del eldre pasienter i denne tjenesten. Dette er blant annet knyttet til at pasientene kan beholde sin behandler i PHV-BU opp til man er 23 år. Det ser ut til å variere noe mellom foretakene hvor stor andel av pasientene over 17 år som behandles i PHV-BU. For aldersgruppen 18-23 år behandles 19 prosent i PHV-BU og 81 prosent i PHV-V i 2019. Andelen i PHV-BU varierer imidlertid mellom 14 og 27 prosent i helseforetakene i 2019. Denne variasjonen i arbeidsdeling mellom tjenestene til barn og unge og voksne, kan påvirke nivået på pasientratene i foretaksområdene. I Helse Fonna (14 prosent), Vestre Viken (15 prosent) og ved St.Olavs Hospital (15 prosent) er andelen pasienter i alderen 18-23 år lavere enn i Helse Førde (27 prosent), UNN HF (27 prosent) og ved Finnmarkssykehuset (25 prosent) i 2019.

I pasientdataene har hver pasient et unikt (avidentifisert) nummer, slik at det er mulig å følge pasientene på tvers av ulike institusjoner og behandlingsformer. Det er dermed mulig å identifisere antall individer som har mottatt behandling. Pasienter benytter i varierende grad tjenester utenfor eget bostedsområde. Ved beregning av indikatorer for bruk av tjenester tar vi derfor utgangspunkt i pasientens bosted, ikke behandlingssted. En oversikt over bostedsområdene finnes på våre nettsider.

Beregning av døgnbehandlingens varighet er basert på pasientopphold som analyseenhet, det vil si sammenhengende døgnbehandling for pasienten i den aktuelle sektoren, presentert etter bostedsområdene med befolkningsperspektivet som vinkling. For nærmere beskrivelse se kapittel 10.4.

# 3. Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge

## 3.1 Utvikling i døgnplasser i tjenestene til barn og unge

Tallet på døgnplasser har de siste 20 årene holdt seg relativt stabilt i det psykiske helsevernet for barn og unge, med 296 døgnplasser i 1998 og 301 plasser i 2019. Fra tidlig på 2000-tall avtok riktignok plassstallet fra 331 plasser i 2005 til 301 plasser i 2014. Fra 2015 til 2019 var det for perioden sett under ett en nedgang på 2 plasser. Det har imidlertid vært variasjoner i plassstallet mellom de enkelte år.

I 2019 var majoriteten av døgnplassene i det psykiske helsevernet for barn og unge i de offentlige helseforetakene (253 plasser), mens 48 døgnplasser var i institusjoner med avtale med de regionale helseforetakene.

I tabell 3-1 vises antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge etter regiontilknytning i 2019, samt endring siste år og i perioden 2015 til 2019.

**Tabell 3-1 Antall døgnplasser i psykiske helsevern for barn og unge etter tilknytningsregion, 2015 og 2019.**

Region	Døgnplasser 2019	Endring i døgnplasser fra 2015		Endring i døgnplasser fra 2018	
	Antall	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse Sør-Øst	123	-9	-6,8	-7	-5,4
Helse Vest	55	4	7,8	0	0,0
Helse Midt-Norge	34	-2	-5,6	-1	-2,9
Helse Nord	41	1	2,5	-1	-2,4
Avtale med RHF	48	0	0,0	0	0
Totalt	301	-2	-0,7	-9	-2,9

Tabell 3-1 viser at det har vært en nedgang i døgnplasser på nasjonalt nivå med to plasser i siste femårsperiode. Nedgangen var i Helse Sør-Øst (-9 plasser), og Helse Midt-Norge (-2 plasser), mens det var vekst i Helse Vest (+4 plasser) og Helse Nord (+1 plass). Det var ingen endring i tallet på avtaleplasser. De private institusjonene med avtale med RHF hadde i all hovedsak avtale med Helse Sør-Øst.

Fra 2018 til 2019 gikk døgnplassene noe ned (-9 døgnplasser), noe som i hovedsak var knyttet til reduksjonen i døgnplasser ved Sykehuset Innlandet (-7 plasser). Overføring av opptaksområdet for Kongsvinger fra Sykehuset Innlandet til Akershus universitetssykehus, samt omlegging til mer poliklinisk virksomhet ligger til grunn for denne utviklingen.



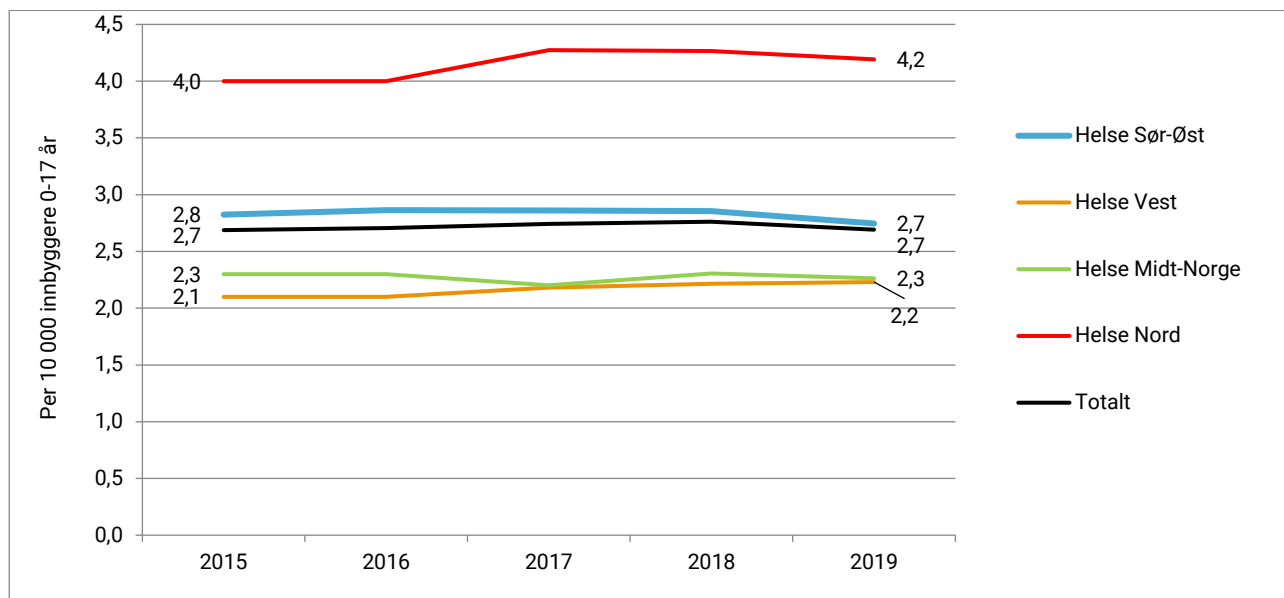
Det er foretatt en korrigering av døgnplasser for perioden 2006-2017 sammenliknet med tall Helse Sør-Øst har presentert tidligere år. Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP) ved OUS er nå inkludert i tallene for Helse Sør-Øst. Denne seksjonen har ikke tidligere vært med i statistikken for psykisk helsevern for barn og unge. Tallene avviker derfor fra tallene som publiseres for PHV-BU av Statistisk sentralbyrå (SSB) for perioden fra 2006 til 2017.

### 3.2 Døgnplasser relatert til befolkningsgrunnlaget

Befolkningens tilgang og tilgjengelighet til døgnbehandling i PHV-BU er regionenes «sørge for» ansvar. I all hovedsak tilbys barn og unge behandling innenfor eget helseforetaksområde, men ved noen anledninger mottar pasienter behandling i andre helseforetak. I figuren under er det forsøkt tatt hensyn til dette ved å korrigere døgnplassene ved hjelp av oppholdsdøgnes fordeling på bostedsområde.

Figur 3-1 viser utviklingen for bruk av døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge korrigert for bruk av døgnbehandling i andre regioner og for befolkningsutviklingen i perioden 2015 til 2019.

Figur 3-1: Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbygger 0-17 år etter bostedsregion. 2015-2019.



Figuren viser at Helse Nord hadde betydelig høyere døgnplassdekning (døgnplasser per innbygger) enn de andre regionene i hele siste femårsperiode. Regionen hadde nesten dobbelt så høye døgnplassrater som Helse Vest og Helse Midt-Norge. Det var vekst i døgnplassdekningen i Helse Vest (6,2 prosent) og Helse Nord (4,8 prosent) i perioden, mens for landet samla var det liten endring i tilgjengeligheten til døgnbehandling for barne- og ungdomsbefolkningen, målt med døgnplassdekning som indikator.

### 3.3 Grunnlagstall 2010-2019

En oversikt over antall døgnplasser i PHV-BU ved helseforetak og private avtaleinstitusjoner i regionene er presentert i tabell 3-2.

**Tabell 3-2 Antall døgnplasser i psykiske helsevern for barn og unge etter tilknytningsregion, 2010-2019.**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Helse Sør-Øst	157	143	141	132	130	132	131	128	130	123
Helse Vest	57	56	57	57	50	51	51	55	55	55
Helse Midt-Norge	42	42	39	39	36	36	35	34	35	34
Helse Nord	45	47	39	40	40	40	40	42	42	41
Offentlige helseforetak	301	288	276	268	256	255	258	262	262	253
Avtaleinstitusjoner	33	33	33	45	45	48	48	48	48	48
Offentlige og avtaleinstitusjoner	334	321	309	313	301	303	306	310	310	301

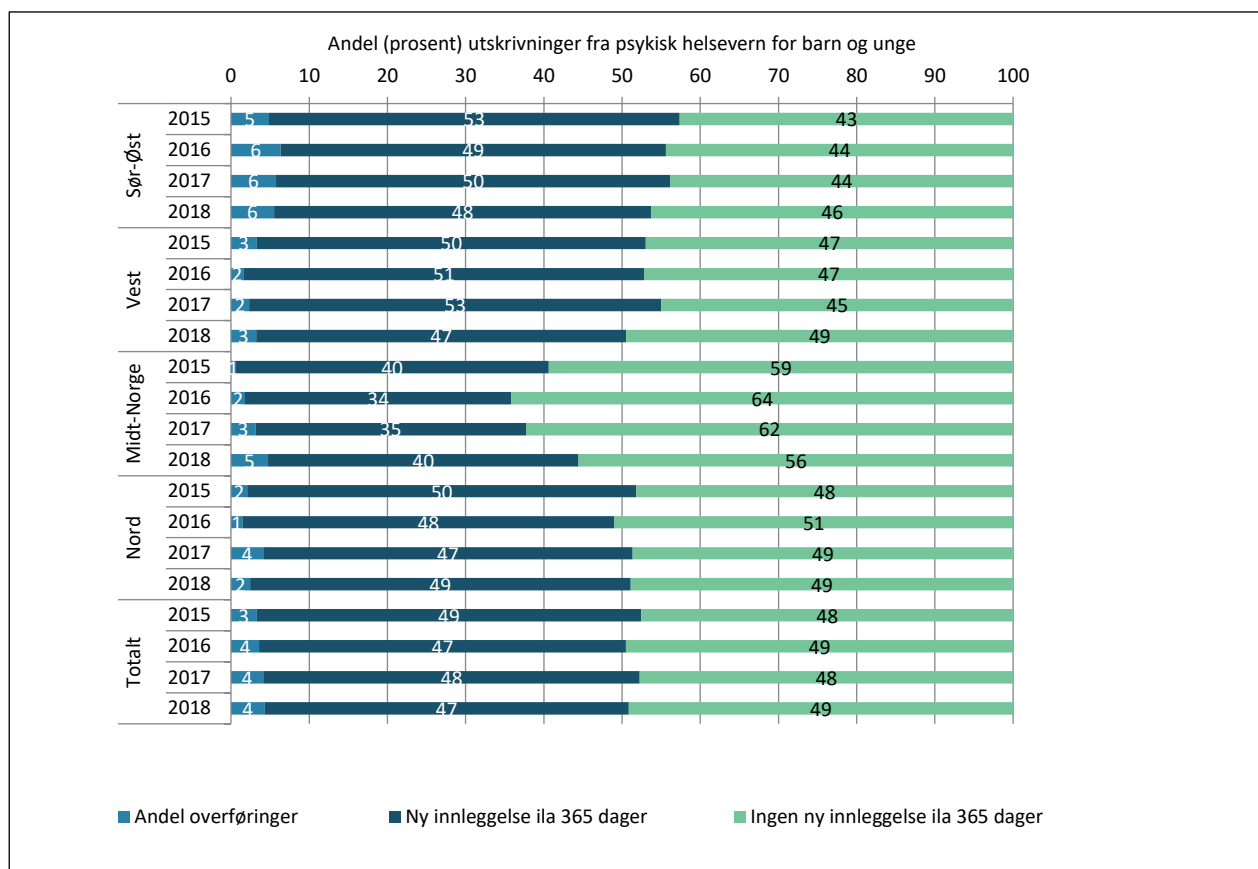
# 4. Forløp etter utskrivning fra døgntil behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge

Det er viktig at barn og unge opplever kontinuitet i behandlingen de mottar i det psykiske helsevernet. Unge som mottar døgntil behandling utgjør en liten andel av det samla omfanget av pasienter i tjenestene til barn og unge, men er en pasientgruppe som ofte har behov for tjenester over lengre tid. Vi vil her se på kontakter med tjenesten etter døgntil behandling, og på videre forløp 30 dager og ett år etter utskrivning. Tallene er fordelt etter regionalt foretak. Private institusjoner er tatt med etter beliggenhetsregion.

## 4.1 Forløp ett år etter utskrivning fra døgntil behandling

Figur 4-1 viser forløp i løpet av ett år etter utskrivning fra døgntil behandling i PHV-BU for perioden 2015 til 2018.

Figur 4-1: Forløp i løpet av et år etter utskrivning fra psykisk helsevern for barn og unge for perioden 2015 til 2018.



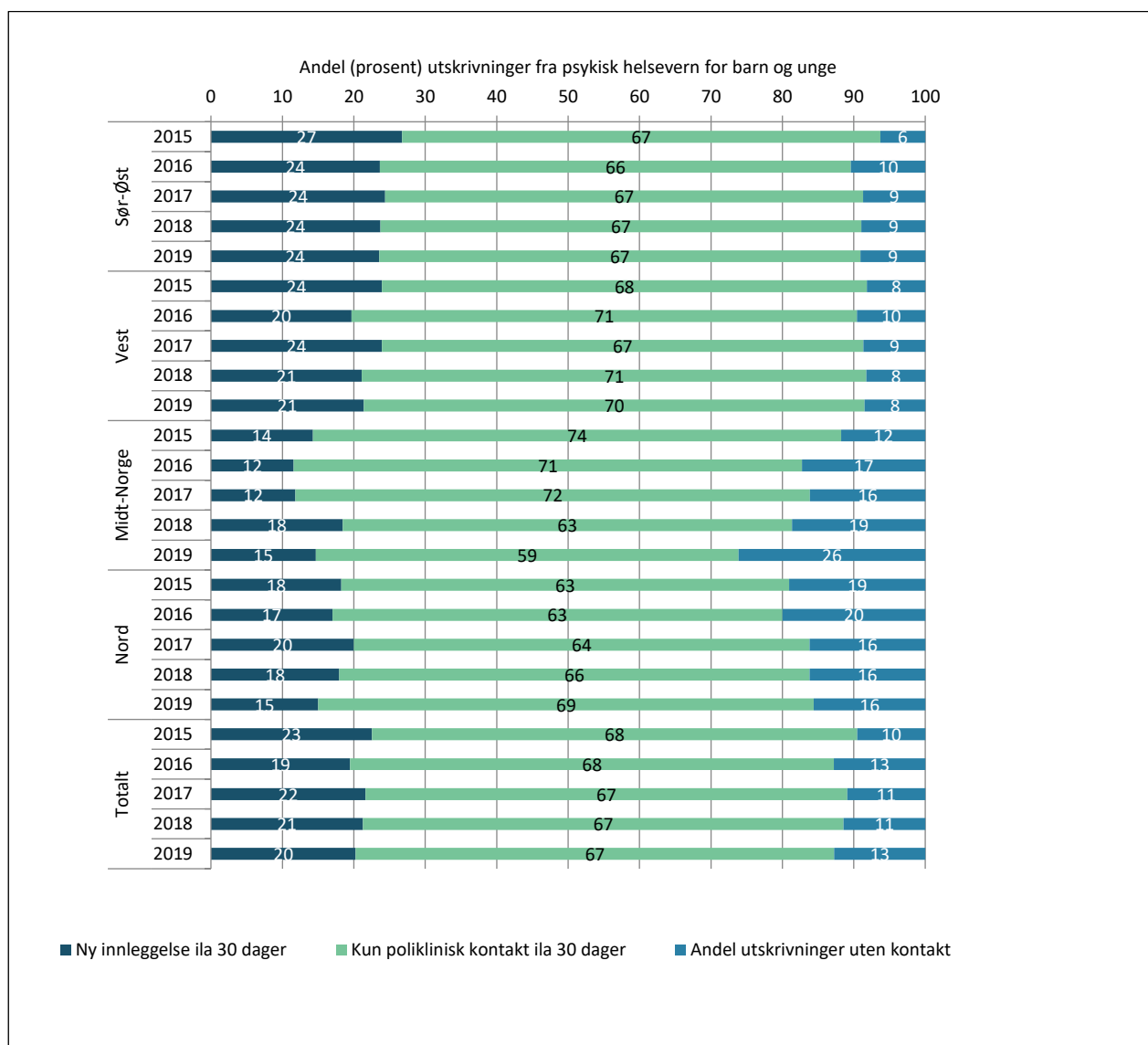
I det psykiske helsevernet for barn og unge resulterte nær halvparten av utskrivningene i døgntilrettelagt behandling (47 prosent) i en ny innleggelse innen ett år etter utskrivning i 2018. På nasjonalt nivå avtok andelen fra 49 prosent i 2015 til 47 prosent av utskrivningene i 2018. Andelen som ikke hadde noen ny innleggelse økte fra 48 til 49 prosent i perioden. Overføringer til andre helseforetak, private avtaleinstitusjoner, TSB eller psykisk helsevern for voksne økte fra 3 til 4 prosent i samme periode.

Andelen nye innleggelser i løpet av 365 dager gikk ned eller var uendret i regionene fra 2015 til 2019. Siste år lå Helse Midt-Norge lavere (40 prosent) enn Helse Vest (47 prosent), Helse Sør-Øst (48 prosent) og Helse Nord (49 prosent). Andelen overføringer var høyest i Helse Sør-Øst (6 prosent), noe som kan være knyttet til at de private avtaleinstitusjonene i all hovedsak har avtale med denne regionen.

## 4.2 Forløp 30 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling

I figur 4-2 ser vi på videre forløp 30 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling i tjenestene til barn og unge.

Figur 4-2: Forløp i løpet av 30 dager etter utskrivning fra psykisk helsevern for barn og unge, 2015-2019.



Om lag en av fem utskrivninger fra døgnbehandling (20 prosent) i tjenestene til barn og unge resulterte i en ny innleggelse innen 30 dager i 2019. På nasjonalt nivå avtok andelen fra 23 prosent i 2015 til 20 prosent i 2019. Andelen som kun hadde kontakt med poliklinikk etter utskrivning var på 67 prosent på nasjonalt nivå både i 2017, 2018 og 2019. Andel uten kontakt med spesialisthelsetjenesten økte fra 10 til 13 prosent i perioden.

I regionene avtok andelen nye innleggelse innen 30 dager i alle regioner med unntak for Helse Midt-Norge i femårsperioden. I 2019 var andelen høyest i Helse Sør-Øst (24 prosent), og lavest i Helse Midt-Norge (15 prosent) og Helse Nord (15 prosent) i 2019.

Andel pasienter som kun hadde kontakt med poliklinikk etter utskrivning varierte mellom 59 og 70 prosent i regionene i 2019, lavest i Helse Midt-Norge og høyest i Helse Vest. Andelen uten kontakt med spesialisthelsetjenesten 30 dager etter utskrivning, varierte mellom 8 og 26 prosent, høyest i Helse Midt-Norge og lavest i Helse Vest. Det var økende andel i Helse Midt-Norge og Sør-Øst, mens andelen var stabil eller avtagende i de øvrige regionene.

### **Datagrunnlag og beregninger**

Ved beregning av forløp i løpet av det første året etter utskrivning fra foretakene, blir forløpet kategorisert i tre hovedkategorier: overføring til videre døgnbehandling, ny innleggelse for døgnbehandling på et senere tidspunkt eller ingen ny døgnbehandling i løpet av dette året. I kategorien overføring inngår overføring til et annet foretak; helseforetak eller privat foretak innen samme sektor. Når det gjelder forekomsten av ny innleggelse, er ny innleggelse ved annet foretak i samme sektor inkludert i kategorien. Somatisk sektor er ikke inkludert i denne sammenhengen.

Ved beregning av forløp i løpet av 30 dager etter utskrivning fra foretakene, er pasientens videre kontakt med psykisk helsevern undersøkt. Her er det avsluttede døgnbehandlingene ved foretakene i løpet av perioden 2015-november 2019 som legges til grunn for beregningene. Når det gjelder ny innleggelse eller ny kontakt, er enhver kontakt med foretakene innad i psykisk helsevern inklusive avtalespesialistene, inkludert i resultatene. Somatisk sektor er imidlertid ikke inkludert.

Foretaksoppholdene består av utskrivninger ved helseforetakene og utskrivninger ved private foretak. De private foretakene består både av avtaleinstitusjoner som i all hovedsak er private ideelle institusjoner, og private aktører som har meldt sin interesse i forbindelse med ordningen fritt behandlingsvalg (FBV). Regiontallene som presenteres i dette kapitlet er basert på helseforetakenes tilknytningsregion og bidraget fra de private foretakene er basert på pasientens bostedsregion. Resultater for hvert av helseforetakene og de private foretakene er tilgjengelig på våre nettsider.

# 5. Befolkningens bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne

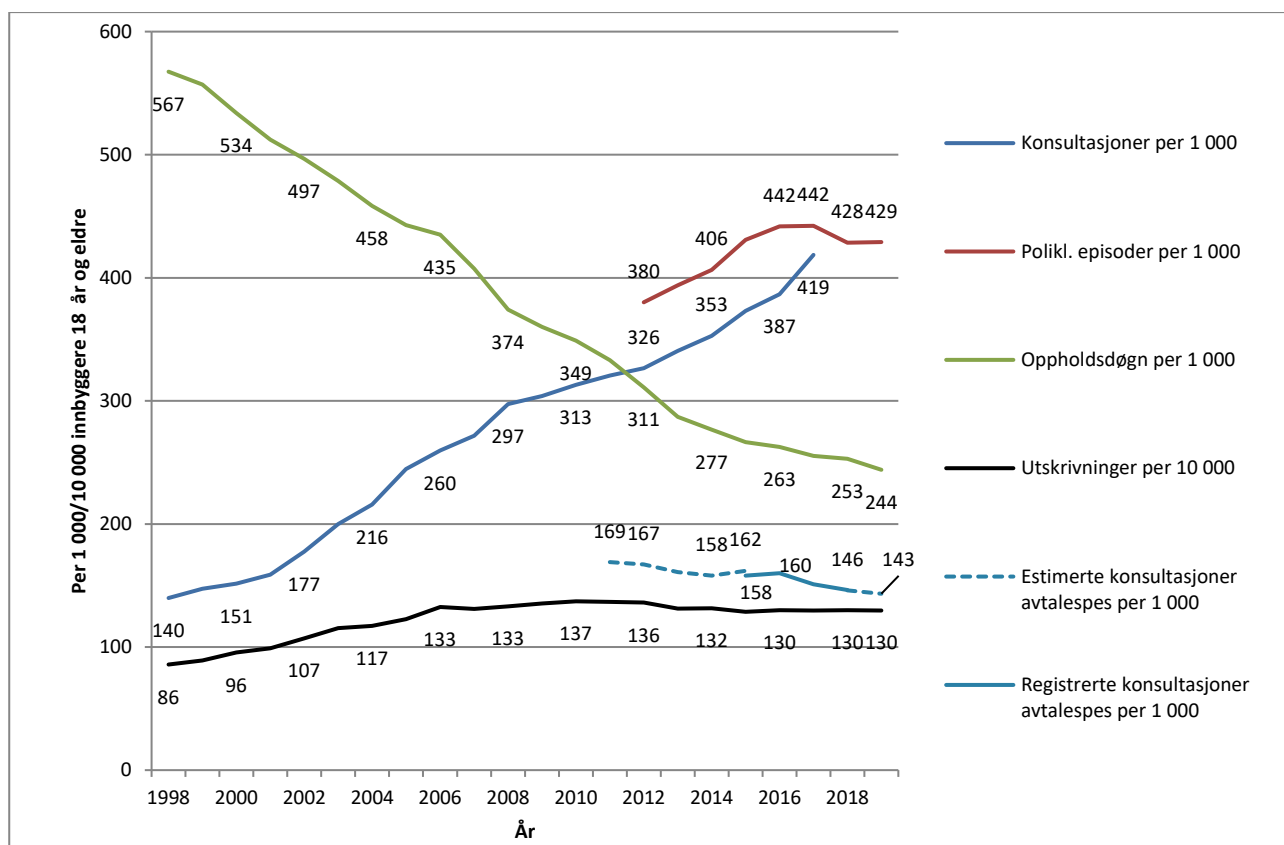
Vi vil i dette kapitlet se på hvordan behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne har utviklet seg over tid, nasjonalt og regionalt. Tallene for regioner tar utgangspunkt i pasientenes bosted, uavhengig av ved hvilken institusjon behandlingen har funnet sted. Tilsvarende tall for foretaksområder og DPS-områder finnes på Helsedirektoratets hjemmesider:

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/psykisk-helsevern>

## 5.1 Utviklingen i behandlingsaktivitet nasjonalt 1998-2019

Figur 5-1 viser utviklingen i behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne over perioden 1998-2019.

Figur 5-1: Oppholdsøgn, utskrivinger, polikliniske konsultasjoner og kontakter, samt konsultasjoner hos avtalespesialistene. Rate per innbygger 18 år og eldre. 1998-2019.



Fra 1998 til 2019 ble raten for oppholdsdøgn redusert med 55 prosent. Raten for utskrivinger fra institusjonene økte likevel fram til 2010, ettersom varigheten av de enkelte institusjonsopphold ble redusert. En har siden hatt en svak nedgang i utskrivningsraten. Fra 2015 til 2019 har utskrivningsraten holdt seg stabil.

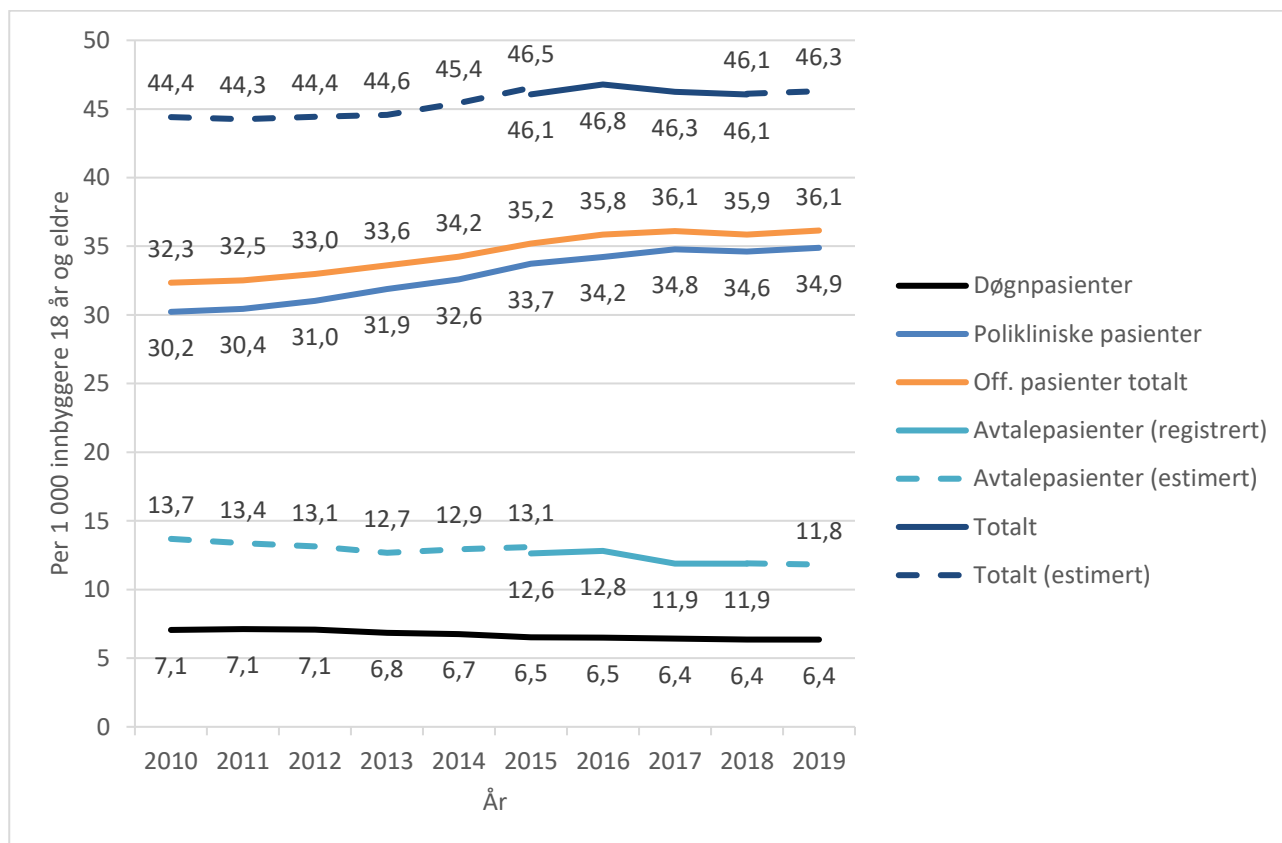
Fra 1998 til 2017 ble ratene for refusjonsberettigede konsultasjoner tredoblet. Fra 2017 ble finansieringssystemet lagt om. Det er dermed ikke mulig å samle inn tall for refusjonsberettigede konsultasjoner. Ratene for polikliniske kontakter totalt (med og uten refusjon) økte imidlertid frem til 2016. Det har siden vært en svak nedgang i raten.

Fra 2011 til 2019 har konsultasjonsraten hos avtalespesialistene blitt redusert med ca. 15 prosent<sup>4</sup>.

## 5.2 Pasienter nasjonalt 2010-2019

Figur 5-2 viser utviklingen i ratene for antall pasienter i det psykiske helsevernet for voksne etter behandlingsform.

Figur 5-2: Pasienter i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 1 000 innbygger 18 år og eldre etter behandlingsform. 2010-2019.



I 2019 var i alt 154 000 pasienter i kontakt med institusjoner og poliklinikker i det psykiske helsevernet for voksne. I tillegg kommer 50 000 pasienter over 18 år hos avtalespesialistene. Totalt mottok dermed

<sup>4</sup> For årene 2010 til 2015, samt for 2019 er ikke data fra avtalespesialistene komplett. For 2010 var frafallet estimert til 9 prosent, for 2015 til 3 prosent, og for 2019 til 4 prosent. Nedgangen er korrigert for dette. For samlet pasienttall manglet 0,8 prosent av pasientene i 2019.

197 000 personer hjelp fra spesialisthelsetjenesten, 3 000 flere enn året før. Dette tilsvarer 4,6 prosent av voksenbefolkningen. Siden 2010 har pasientraten blitt redusert med 10 prosent ved døgnavdelingene, økt med 15 prosent ved poliklinikkene, og blitt redusert med 14 prosent hos avtalespesialistene. Samlet sett økte pasientraten med 4 prosent<sup>5</sup>. Fra 2015 til 2019 var det en nedgang på 3 prosent i pasientraten ved døgnavdelingene, en økning på 3 prosent ved poliklinikkene, og en nedgang på 10 prosent hos avtalespesialistene. Samlet var nedgangen 0,5 prosent.

I 2019 mottok 3,5 prosent av voksenbefolkningen behandling ved poliklinikkene, 1,2 prosent hos avtalespesialistene og 0,6 prosent ved døgnavdelingene.

### **5.3 Pasienter og behandlingsaktivitet etter tjenestetype og hoveddiagnose**

Tabell 5-1 viser fordelingen av pasienter etter hoveddiagnose i 2015. Tabell 5-2 viser den tilsvarende fordelingen i 2019. Noen pasienter mottar flere behandlingsformer i løpet av et år (eksempelvis både døgnbehandling og poliklinisk behandling). Tallet på pasienter totalt vil derfor være lavere enn ved å summere pasienttallene for de ulike behandlingsformene.

Fra 2017 ble finansieringssystemet for poliklinikkene lagt om. Som en konsekvens av dette økte tallet på pasienter som var registrert med en R-kode<sup>6</sup> (som ga grunnlag for finansiering), mens tallet på pasienter registrert med en Z-kode<sup>7</sup> (som ikke ga grunnlag for finansiering) gikk tilsvarende ned. For å få sammenlignbare tall over tid, har vi holdt pasienter registrert med R-koder, Z-koder eller ingen registrert diagnose utenfor prosenteringen.

Tallene for avtalespesialistene omfatter for 2015 om lag 97 prosent av pasientene, for 2019 ca. 96 prosent. To mindre døgninstitusjoner har for 2019 ikke levert pasientdata. Dette påvirker i liten grad tallene.

---

<sup>5</sup> Tallene er korrigert for underrapportering av data fra avtalespesialistene.

<sup>6</sup> Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted

<sup>7</sup> Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten



**Tabell 5-1: Pasienter etter behandlingsform i det psykiske helsevernet for voksne i 2015. Prosent.**

	Institusjoner og poliklinikker				Avtalespesialister			Totalt
	Døgn	Dag	Poliklinikk	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
Organiske lidelser (F0)	3,0	0,6	2,9	3,0	0,5	1,6	1,2	2,5
Ruslidelser (F1)	13,8	5,5	4,4	5,6	1,4	1,0	1,1	4,2
Schizofrenier (F2)	21,4	25,1	10,5	10,8	2,1	0,8	1,3	7,9
Affektive lidelser (F3)	28,2	32,1	29,7	29,2	39,7	31,0	34,2	30,7
Nevrotiske lidelser (F4)	19,0	19,1	28,2	27,8	38,7	49,4	45,7	33,4
Personlighetsforstyrrelser (F6)	5,9	5,7	5,7	5,6	4,2	4,4	4,3	5,1
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	1,2	2,3	4,9	4,7	6,6	3,1	4,2	4,4
Atferdsfors. barn og ungdom (F91-98)	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,6	0,5	0,4
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	5,0	8,2	10,5	10,1	4,5	6,5	5,7	8,8
Alzheimers sykdom (G30)	1,1	0,2	1,3	1,3	0,0	0,0	0,0	1,0
Andre neurologiske lidelser (G0-G2, G4-G9)	0,7	0,3	0,8	0,8	1,4	0,9	1,1	0,9
Andre diagnoser (ekskl. F,G, Z og R)	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7
<b>Totalt</b>	<b>26 636</b>	<b>1 623</b>	<b>137 842</b>	<b>143 801</b>	<b>18 246</b>	<b>34 268</b>	<b>51 566</b>	<b>188 219</b>
Herav:								
Z-diagnoser	1 508	262	45 900	46 438	1 058	3 545	4 554	50 226
R-diagnoser	52	1	285	300	52	250	298	572
ICD10 mangler eller er ugyldig	290	106	1 916	2 269	461	1 504	1 963	4 213

**Tabell 5-2 Pasienter etter behandlingsform i det psykiske helsevernet for voksne i 2019. Prosent.**

Diagnosegruppe	Institusjoner og poliklinikker				Avtalespesialister			Totalt
	Døgn	Dag	Poliklinikk	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
Organiske lidelser (F0)	2,9	2,5	2,1	2,2	0,6	1,0	0,9	1,9
Ruslidelser (F1)	12,9	3,2	3,8	4,6	1,0	0,8	0,9	3,7
Schizofrenier (F2)	21,5	24,6	8,7	9,0	1,8	0,7	1,1	7,2
Affektive lidelser (F3)	27,3	28,8	28,4	28,1	37,7	27,6	31,4	28,9
Nevrotiske lidelser (F4)	21,1	22,1	33,8	33,4	38,7	53,5	48,2	37,0
Personlighetsforstyrrelser (F6)	6,3	8,0	7,2	7,1	3,7	4,3	4,1	6,4
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	1,1	3,2	7,0	6,8	10,7	3,9	6,2	6,5
Atferdsfors. barn og ungdom (F91-98)	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,5	0,4	0,3
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	4,4	6,1	6,0	5,9	4,0	6,6	5,6	5,8
Alzheimers sykdom (G30)	1,1	0,6	1,4	1,4	0,0	0,0	0,0	1,1
Andre neurologiske lidelser (G0-G2, G4-G9)	0,7	0,4	0,7	0,7	1,0	0,7	0,8	0,8
Andre diagnoser (ekskl. F,G, Z og R)	0,5	0,3	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5
<b>Totalt</b>	<b>27 172</b>	<b>1 518</b>	<b>148 416</b>	<b>153 900</b>	<b>17 215</b>	<b>31 974</b>	<b>48 302</b>	<b>195 070</b>
Herav:								
Z-diagnoser	358	66	2001	2236	508	2424	2835	4579
R-diagnoser	878	233	26363	26542	106	756	837	27110
ICD10 mangler eller er ugyldig	229	1	726	954	913	2178	3083	4035

Flest pasienter hadde enten en affektiv (28,9 prosent) eller en nevrotisk lidelse (37 prosent). Særlig ved døgnavdelingene var det også en andel pasienter diagnostisert med en schizofreni-diagnose (21,5 prosent) eller en ruslidelse (12,9 prosent). Avtalespesialistene hadde bare et fåtall pasienter med disse diagnosene.

Vi har ovenfor sett på fordelingen av pasienter etter hoveddiagnose. Pasienter med noen diagnoser vil imidlertid ha større behov for tjenester enn andre pasienter. I tabell 5-3 og 5-4 har vi beregnet fordelingen av behandlingsaktiviteten etter pasientenes hoveddiagnose for årene 2015 og 2019.

**Tabell 5-3: Behandlingsaktivitet i det psykiske helsevernet for voksne i 2015. Prosent.**

Diagnosegruppe	Oppholds- døgn	Oppholds- dager	Polikl. kontakter	Kons. Psykiater	Kons. Psykologer	Avtalekons. totalt
Organiske lidelser (F0)	2,3	0,3	1,2	0,2	0,6	0,5
Ruslidelser (F1)	6,4	4,9	3,3	1,2	0,7	0,9
Schizofrenier (F2)	37,7	30,8	20,1	1,8	1,1	1,3
Affektive lidelser (F3)	27,4	28,0	28,6	41,4	32,4	35,6
Nevrotiske lidelser (F4)	12,3	20,4	24,4	40,2	51,5	47,6
Personlighetsforstyrrelser (F6)	5,5	6,6	8,5	5,5	6,0	5,8
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	0,7	1,4	3,3	4,1	1,6	2,5
Atferdsfors. barn og ungdom (F91-98)	0,1	0,1	0,3	0,3	0,4	0,4
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	5,5	6,9	9,3	3,5	4,8	4,3
Alzheimers sykdom (G30)	0,9	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
Andre nevrologiske lidelser (G0-G2, G4-G9)	0,6	0,2	0,3	1,2	0,6	0,8
Andre diagnoser (ekskl. F,G, Z og R)	0,5	0,4	0,3	0,6	0,4	0,5
<b>Totalt</b>	<b>1 088 494</b>	<b>16 603</b>	<b>1 762 705</b>	<b>217 043</b>	<b>422 245</b>	<b>639 288</b>
Herav:						
Z-diagnoser	37 082	1 726	426 479	7 318	22 366	29 684
R-diagnoser	945	2	2 671	797	1 446	2 243
ICD10 mangler eller er ugyldig	34 185	1 983	8 415	1 979	8 384	10 363

**Tabell 5-4: Behandlingsaktivitet i det psykiske helsevernet for voksne i 2019. Prosent.**

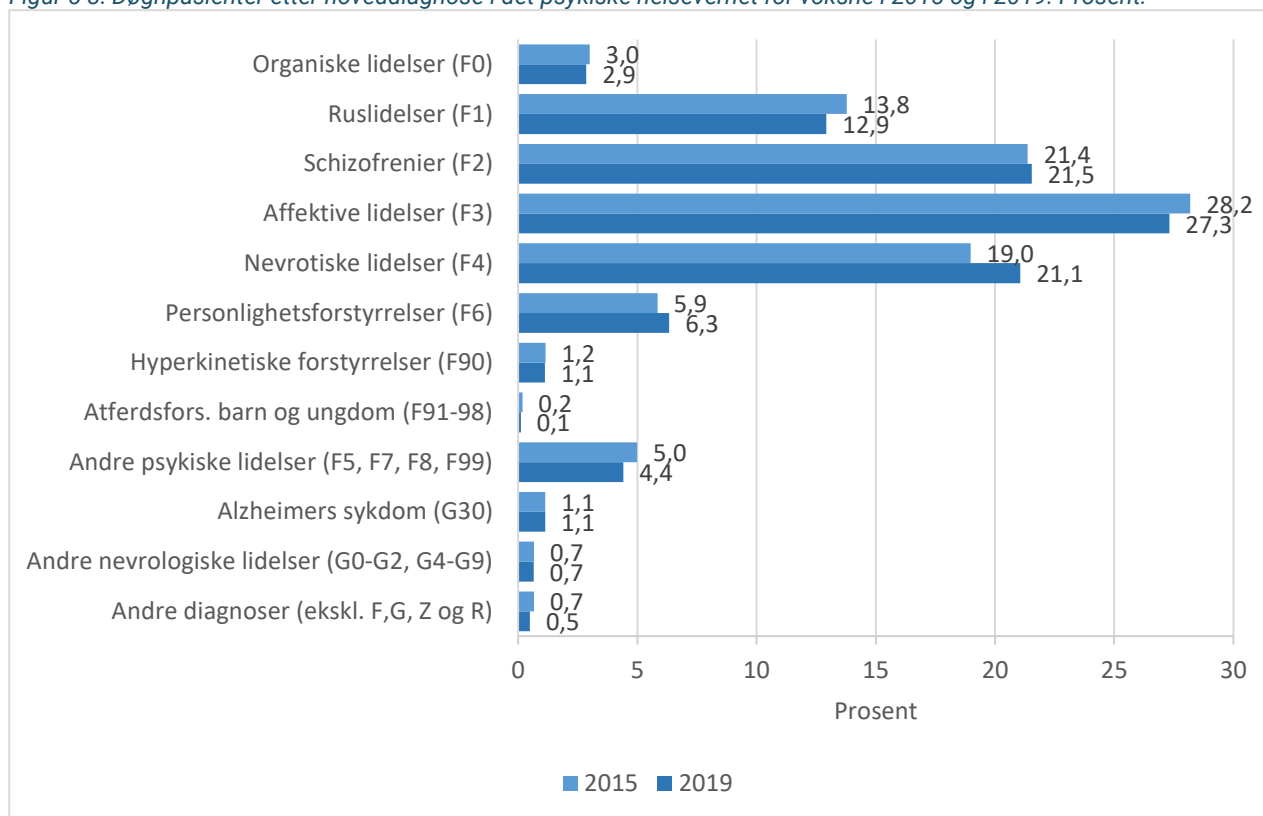
Diagnosegruppe	Oppholds- døgn	Oppholds- dager	Polikl. kontakter	Kons. Psykiater	Kons. Psykologer	Avtalekons. totalt
Organiske lidelser (F0)	2,6	0,9	0,9	0,4	0,3	0,4
Ruslidelser (F1)	5,9	3,2	2,8	0,7	0,5	0,6
Schizofrenier (F2)	38,7	43,7	17,0	1,5	0,7	1,0
Affektive lidelser (F3)	25,6	25,7	26,3	39,2	28,8	32,5
Nevrotiske lidelser (F4)	13,7	14,4	29,5	41,4	56,1	50,9
Personlighetsforstyrrelser (F6)	5,2	7,6	10,7	4,8	5,7	5,3
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	0,6	1,0	4,9	7,0	2,0	3,8
Atferdsfors. barn og ungdom (F91-98)	0,0	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	5,9	2,8	6,4	3,7	4,9	4,4
Alzheimers sykdom (G30)	0,8	0,1	0,5	0,0	0,0	0,0
Andre nevrologiske lidelser (G0-G2, G4-G9)	0,6	0,1	0,3	0,6	0,5	0,5
Andre diagnoser (ekskl. F,G, Z og R)	0,4	0,2	0,2	0,5	0,2	0,3
Totalt	1 040 469	15 087	1 824 205	203 010	380 800	583 810
Herav:						
Z-diagnoser	12 827	115	11 992	5 582	13 715	19 297
R-diagnoser	12 631	1 158	148 624	868	4 706	5 574
ICD10 mangler eller er ugyldig	23 829	8	5 656	6 300	17 832	24 132

Pasienter med en schizofreni-diagnose sto for en vesentlig høyere andel av behandlingsaktiviteten enn av pasientene. Dette gjaldt både ved døgnavdelingene og ved poliklinikkene.

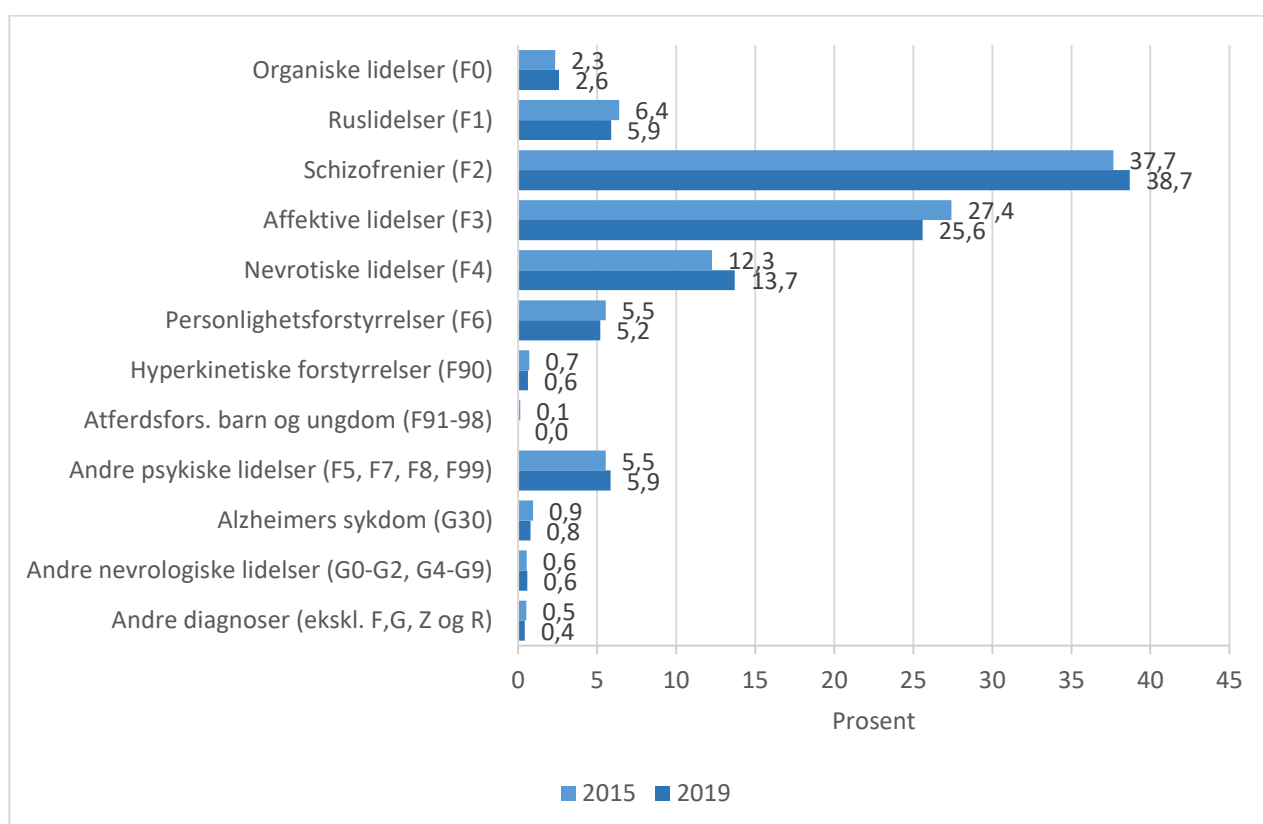
### Døgnbehandling

Figur 5-3 viser fordelingen av døgnpasienter etter hoveddiagnose i 2015 og 2019. Figur 5-4 viser den tilsvarende fordelingen av oppholdsdøgnene.

Figur 5-3: Døgnpasienter etter hoveddiagnose i det psykiske helsevernet for voksne i 2015 og i 2019. Prosent.



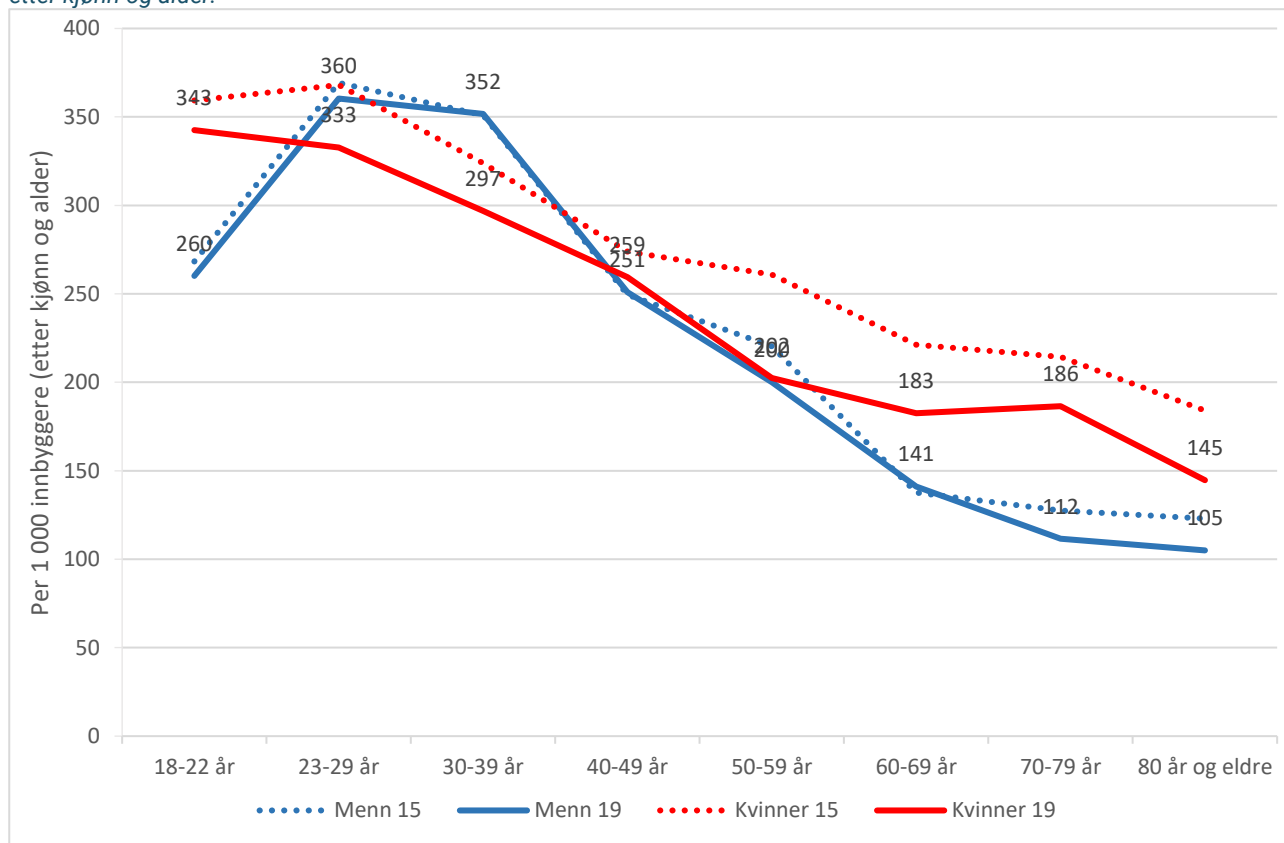
Figur 5-4: Oppholdsdøgn etter hoveddiagnose i det psykiske helsevernet for voksne i 2015 og i 2019. Prosent.



Fra 2015 til 2019 ble andel døgnpasienter med en ruslidelse eller en affektiv lidelse noe redusert, mens andelen med en nevrotisk lidelse økte. Andel oppholdsdøgn økte for pasienter diagnostisert med schizofreni eller nevrose, og gikk ned for pasienter diagnostisert med en affektiv lidelse. Pasienter med en schizofreni-diagnose står for nær 40 prosent av oppholdsdøgnene.

Figur 5-5 viser rater for oppholdsdøgn etter pasientenes kjønn og alder i 2015 og i 2019.

Figur 5-5: Oppholdsdøgn etter kjønn og alder i det psykiske helsevernet for voksne i 2015 og i 2019. Per 1 000 innbyggere etter kjønn og alder.

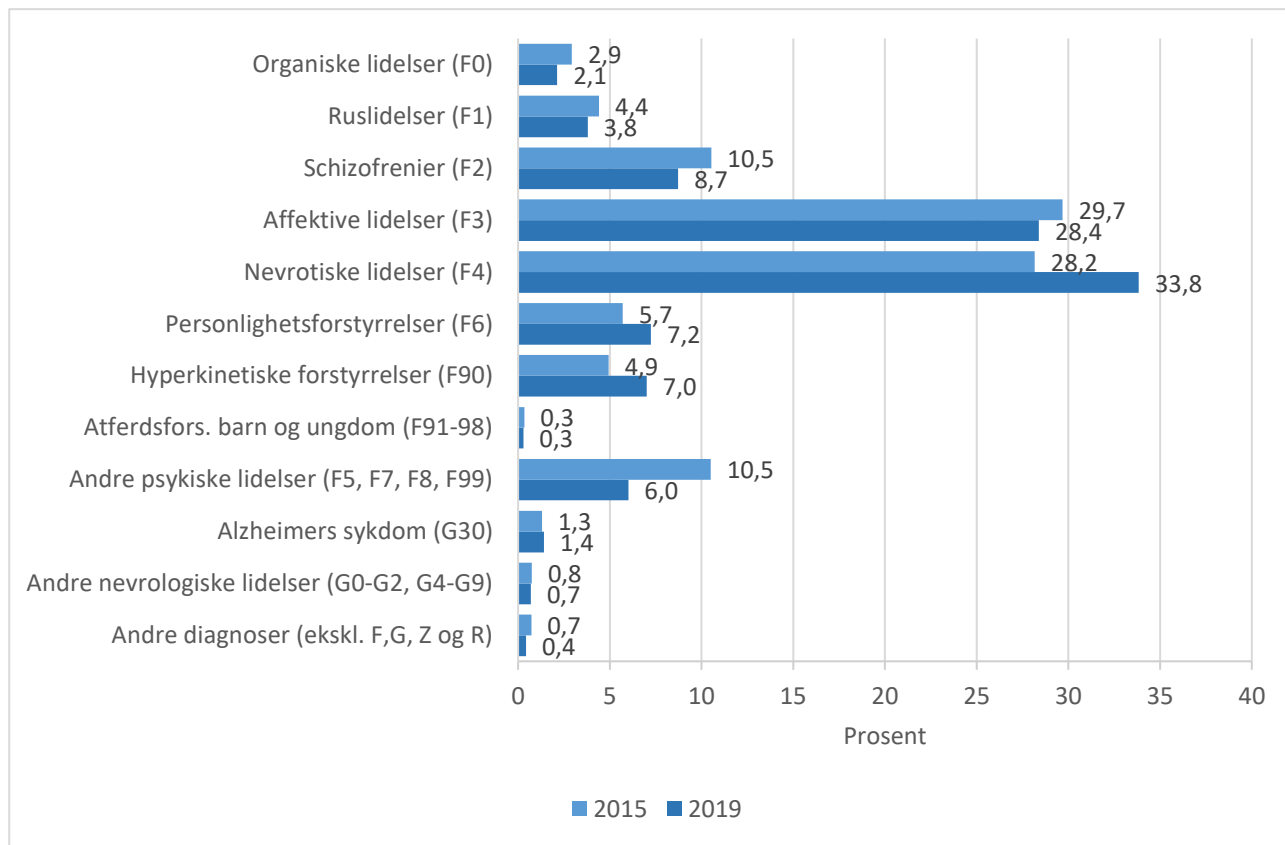


Døgnraten sank med økende alder for begge kjønn. Menn hadde høyere rate enn kvinnene for aldersgruppene 23-39 år. Kvinnene hadde høyere rate enn mennene blant de over 60 år. For kvinner hadde det for alle aldersgrupper vært en nedgang i døgnraten fra 2015 til 2019. For mennene var døgnraten på samme nivå begge år.

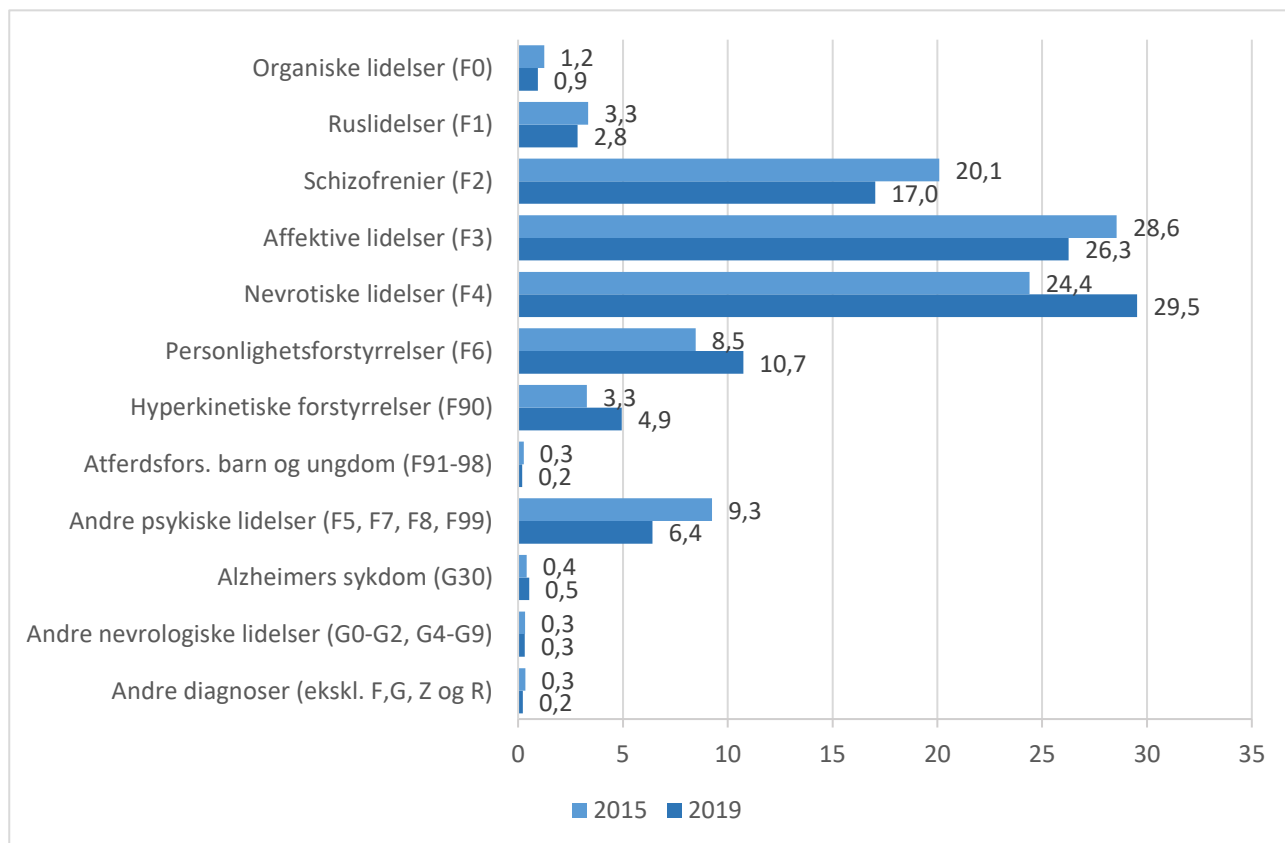
### Poliklinisk behandling

Figur 5-6 viser polikliniske pasienter etter hoveddiagnose i 2015 og 2019, mens figur 5-7 viser rater for polikliniske kontakter for de samme gruppene.

Figur 5-6: Polikliniske pasienter etter hoveddiagnose i det psykiske helsevernet for voksne i 2015 og i 2019. Prosent.



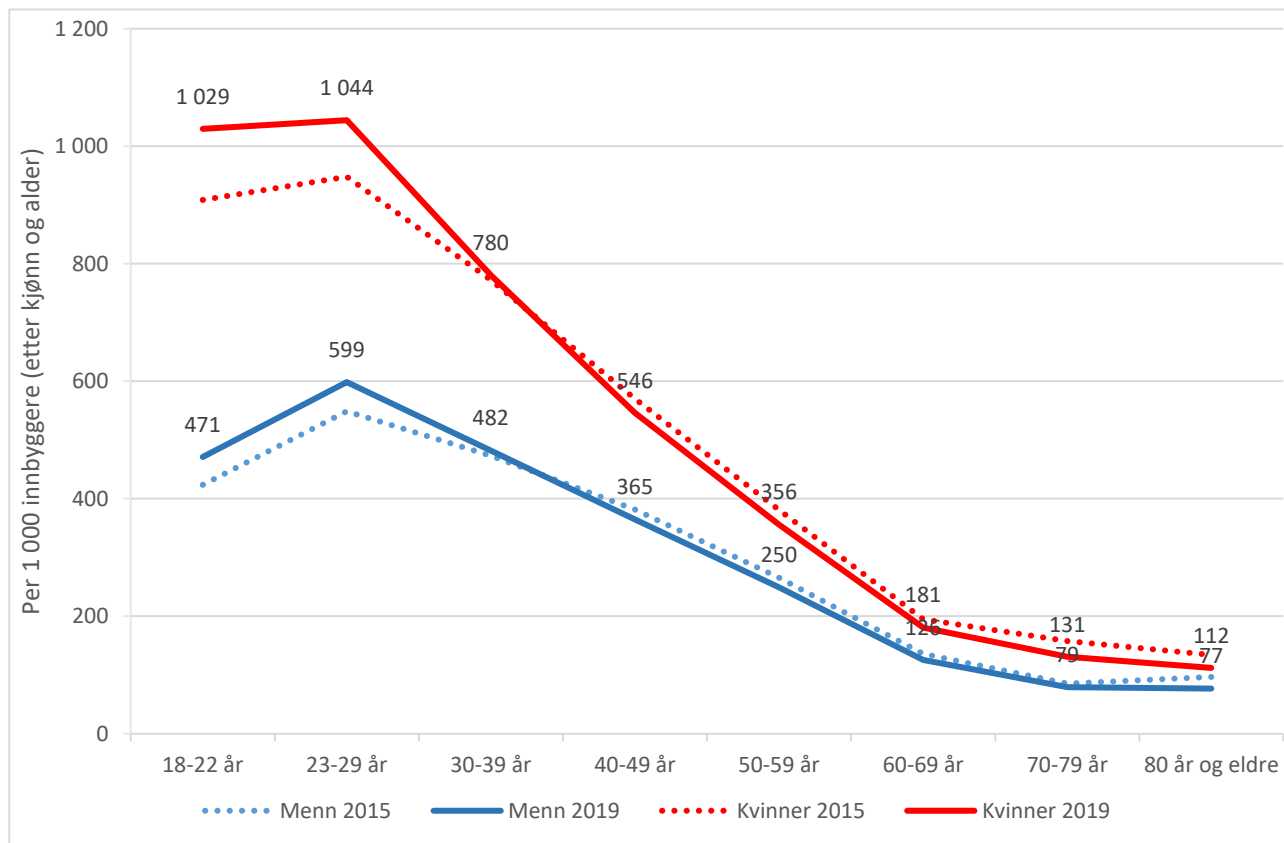
Figur 5-7: Polikliniske kontakter etter hoveddiagnose i det psykiske helsevernet for voksne i 2015 og i 2019. Prosent.



Fra 2015 til 2019 økte andel pasienter med en nevrotiske lidelse. En tilsvarende økning fant vi også for andel polikliniske kontakter for denne gruppen. Også for personlighetsforstyrrelser og for hyperkinetiske forstyrrelser økte andelen. Andel pasienter og kontakter gikk ned for de affektive lidelsene og for schizofreni-pasientene.

Figur 5-8 viser konsultasjonsrater etter kjønn og alder for de polikliniske pasientene

Figur 5-8: Polikliniske kontakter etter kjønn og alder i det psykiske helsevernet for voksne i 2015 og i 2019. Per 1 000 innbyggere etter kjønn og alder.

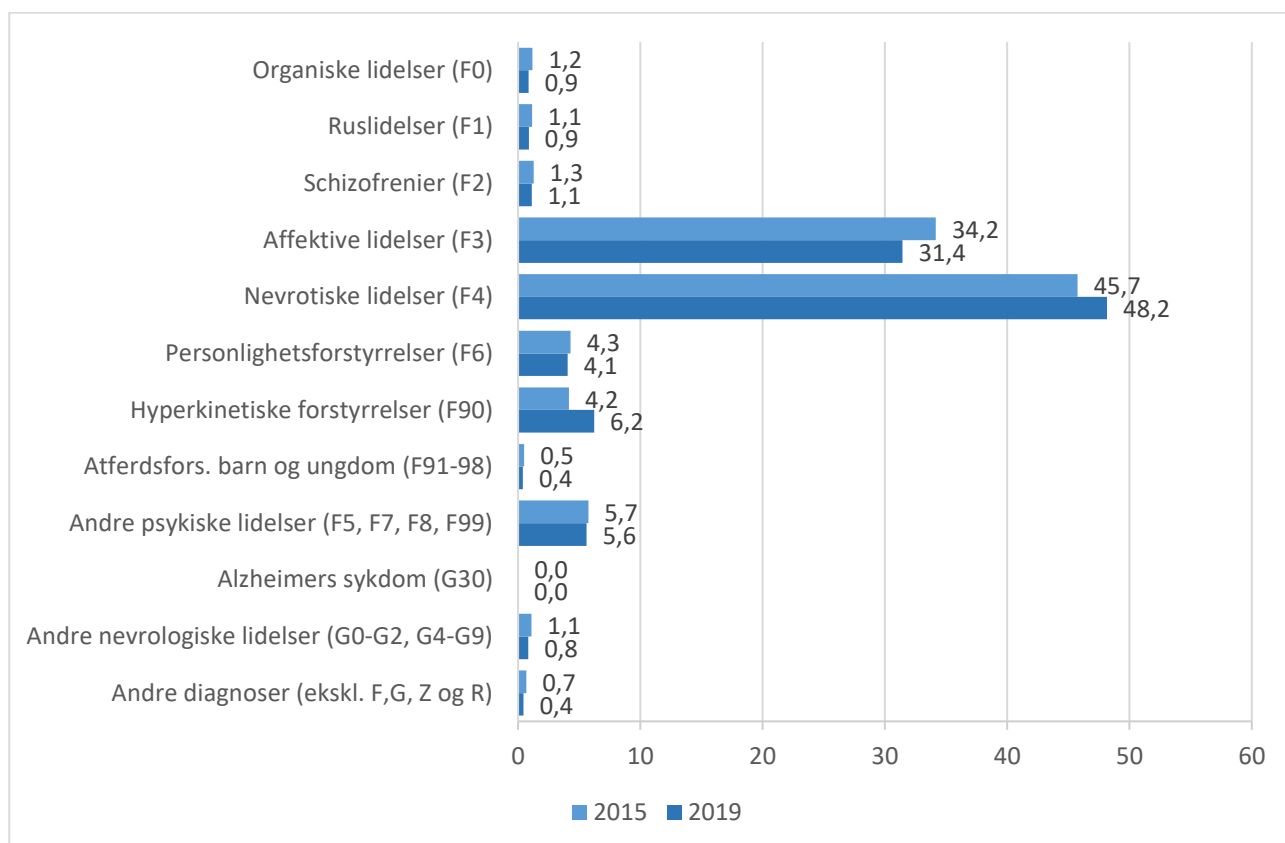


Fra 2015 til 2019 økte konsultasjonsratene for begge kjønn for aldersgruppene 18-22 og 23-29 år. For de øvrige aldersgruppene var ratene på samme nivå begge år. Høyest rate fant vi for aldersgruppen 22-29 år. Raten sank deretter med økende alder. Kvinnene hadde for alle aldersgrupper vesentlig høyere rater enn mennene.

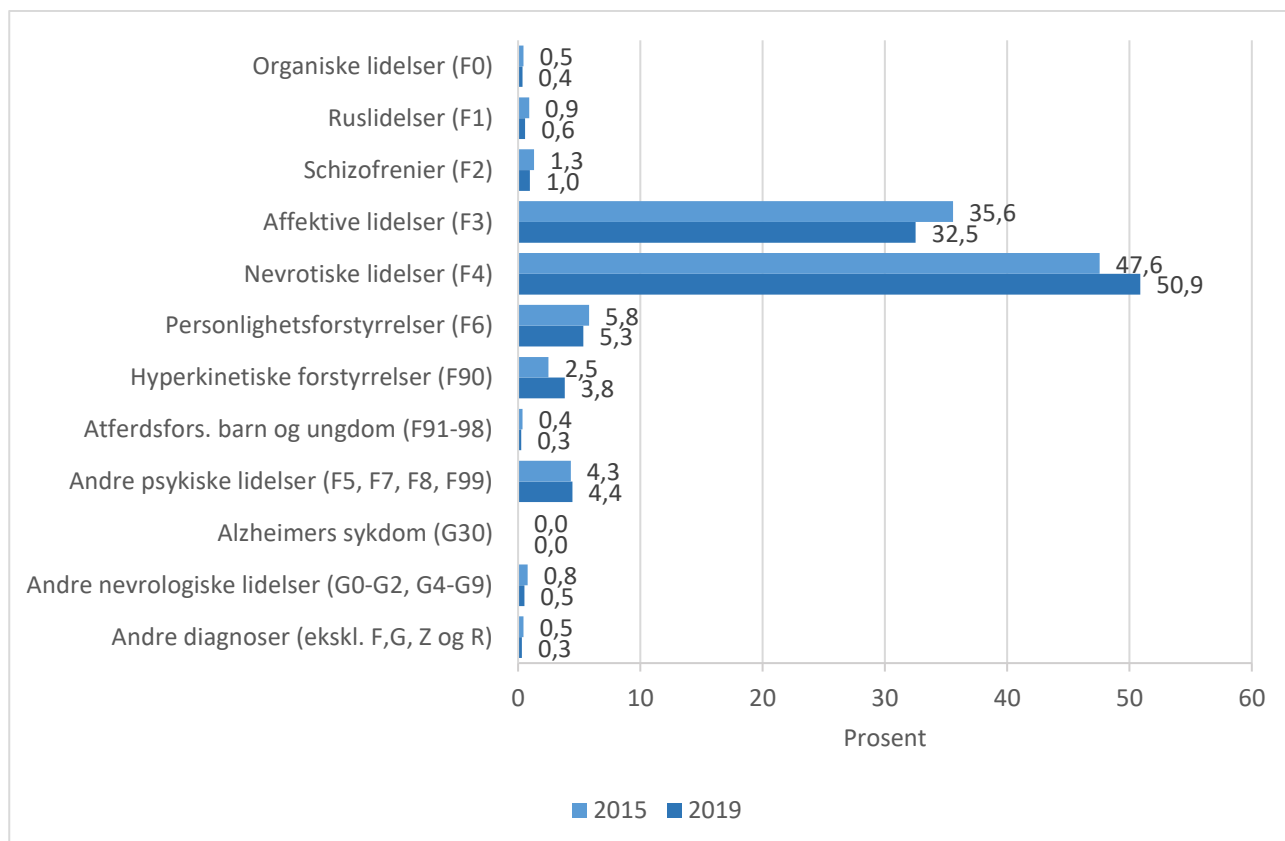
### Behandlingsaktivitet hos avtalespesialistene

Figur 5-9 viser diagnosefordelingen for pasientene hos avtalespesialistene. Figur 5-10 viser den tilsvarende fordelingen av konsultasjonene etter pasientenes hoveddiagnose.

Figur 5-9: Pasienter hos avtalespesialistene etter hoveddiagnose i det psykiske helsevernet for voksne i 2015 og i 2019. Prosent.



Figur 5-10: Konsultasjoner hos avtalespesialistene etter pasientenes hoveddiagnose i det psykiske helsevernet for voksne i 2015 og i 2019. Prosent.

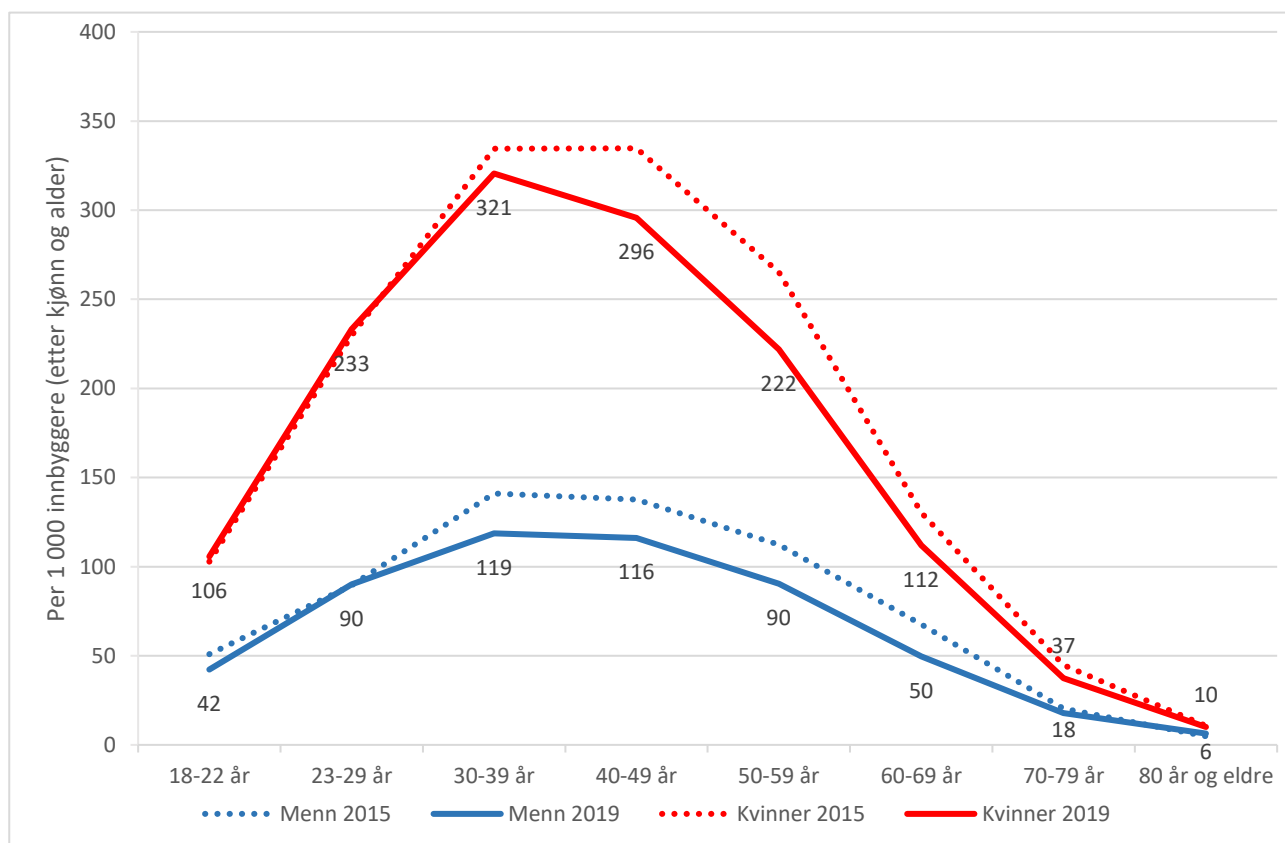




Nær halvparten av pasientene (47 prosent) hadde i 2019 en nevrotisk lidelse, og disse sto også for en tilsvarende andel av konsultasjonene (49 prosent). Samme år sto pasienter med en affektiv lidelse for 32 prosent av pasientene og 33 prosent av konsultasjonene. Fra 2015 til 2019 økte andel pasienter og konsultasjoner for nevrosegruppen og for hyperkinetiske forstyrrelser, mens andelen sank for de affektive lidelsene.

Figur 5-11 viser konsultasjonsrater hos avtalespesialistene etter pasientenes kjønn og alder i 2015 og 2019.

Figur 5-11: Konsultasjoner hos avtalespesialistene etter pasientenes kjønn og alder i 2015 og 2019. Per 1 000 innbyggere etter kjønn og alder.



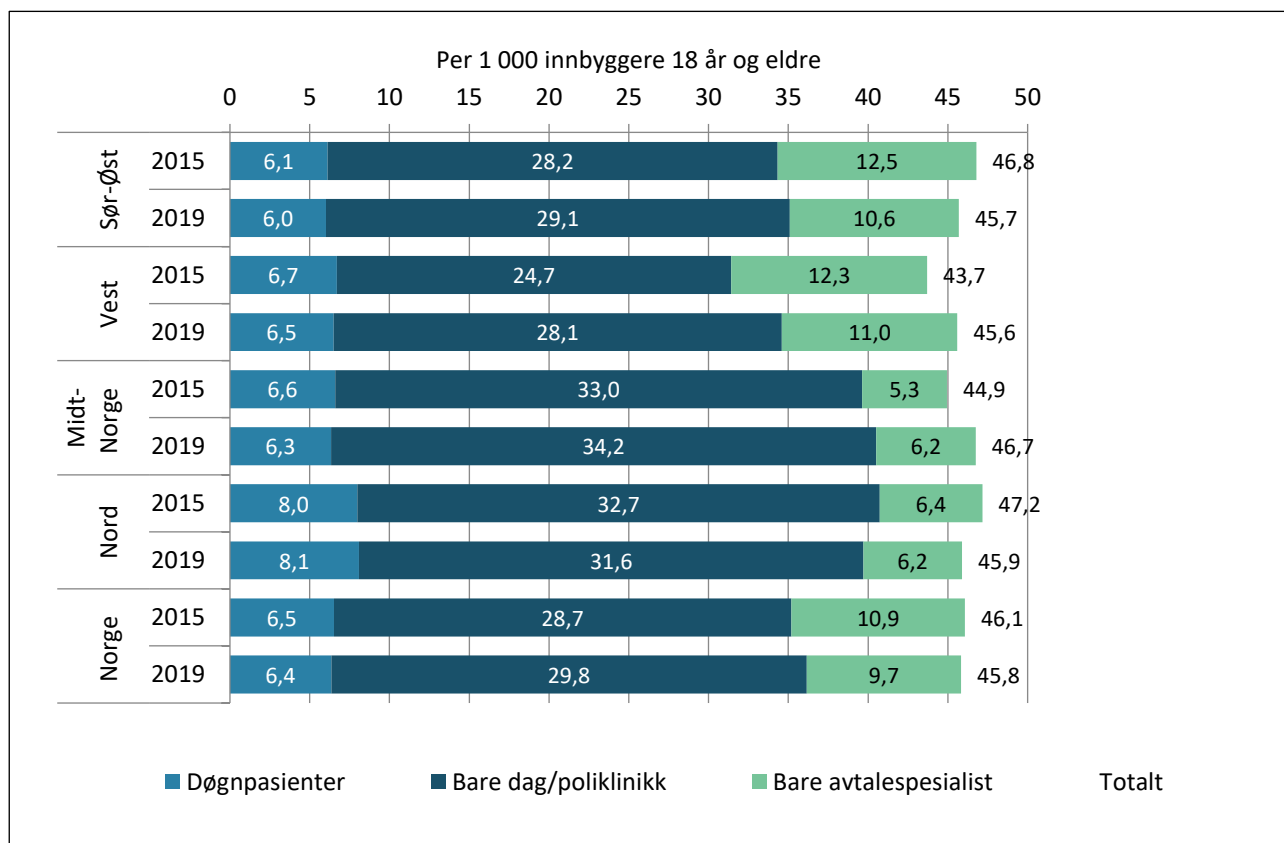
Aldersfordelingen for konsultasjonene hos avtalespesialistene skilte seg fra tilsvarende fordeling ved poliklinikkene, med hovedtyngden av konsultasjonene for pasienter i alderen 30-49 år. Ratene for kvinnene er gjennomgående høyere enn for mennene. Nedgangen i konsultasjonsraten fra 2015 til 2019 var gjennomgående for alle over 30 år, og for begge kjønn<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Ratene er ikke korrigert for underrapportering. For 2015 er underrapporteringen estimert til 3 prosent, for 2019 til 4 prosent.

## 5.4 Utviklingen i behandlingsaktivitet nasjonalt og regionalt fra 2015 til 2019

Figur 5-12 viser utviklingen i pasientratene for ulike behandlingsformer fra 2015 til 2019. Figur 5-13 viser den tilsvarende utviklingen i foretaksområdene. Figur 5-14 viser den geografiske fordelingen av døgnpasienter, polikliniske pasienter og avtalepasienter i 2019<sup>9</sup>.

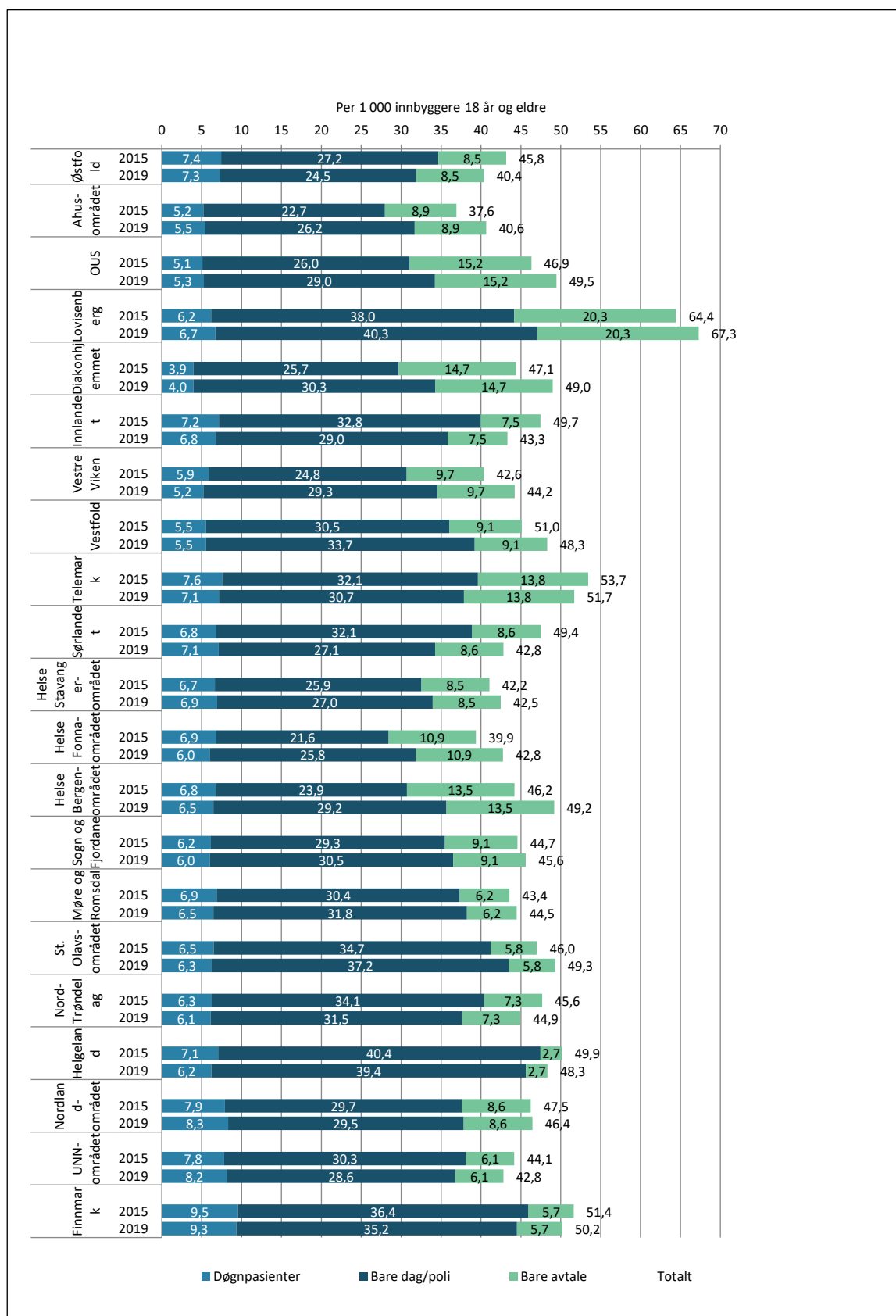
Figur 5-12: Pasienter etter behandlingsform i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 1 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregioner 2015 og 2019.



<sup>9</sup> Tallene kan avvike noe fra tallene i kapittel 1, ettersom vi der så på pasienter etter alder, mens vi her ser på pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for voksne. En del pasienter, særlig i aldersgruppen 18-22 år fortsetter behandlingen i BUP, og er følgelig ikke med i tallene for det psykiske helsevernet for voksne.

Ratene er ikke korrigeret for underrapportering fra avtalespesialistene (estimert til 3 prosent i 2015, 4 prosent i 2019)

Figur 5-13: Pasienter etter behandlingsform i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 1 000 innbyggere 18 år og eldre. Foretaksområder i 2015 og 2019.

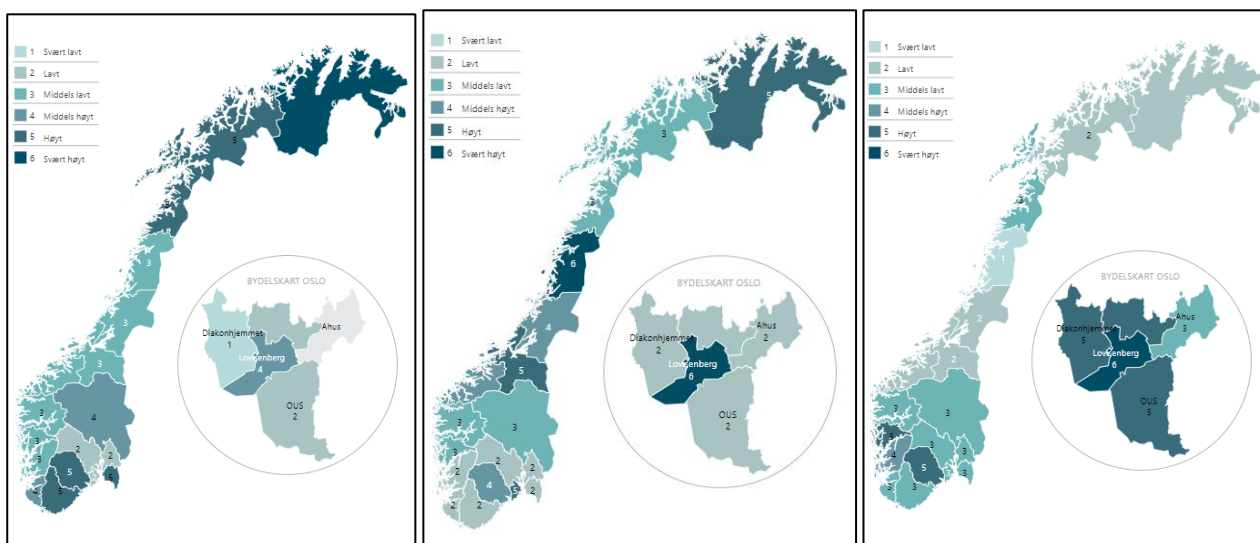


Figur 5-14: Geografiske forskjeller i pasienter per innbygger 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne i 2019.

A Døgnpasienter

B Polikliniske pasienter

C Avtalepasienter



Fra 2015 til 2019 ble pasientraten for døgnavdelingene redusert med 2,5 prosent. Nedgangen var størst i Helse Midt-Norge (3,9 prosent) fulgt av Helse Vest (2,9 prosent) og Helse Sør-Øst (1,5 prosent). I Helse Nord økte pasientraten med 1,2 prosent. Helse Nord hadde en vesentlig høyere pasientrate ved døgnavdelingene enn de øvrige regionene, mens Helse Sør-Øst hadde en lavere rate enn de øvrige.

Pasientraten ved poliklinikkene økte i samme periode med 3,4 prosent. Veksten var størst i Helse Vest (11,2 prosent), mot 2,7 prosent i Helse Midt-Norge og i Helse Sør-Øst. I Helse Nord var det en nedgang på 3,5 prosent. Pasientraten ved poliklinikkene var vesentlig høyere i Helse Midt-Norge og i Helse Nord enn i de øvrige regionene.

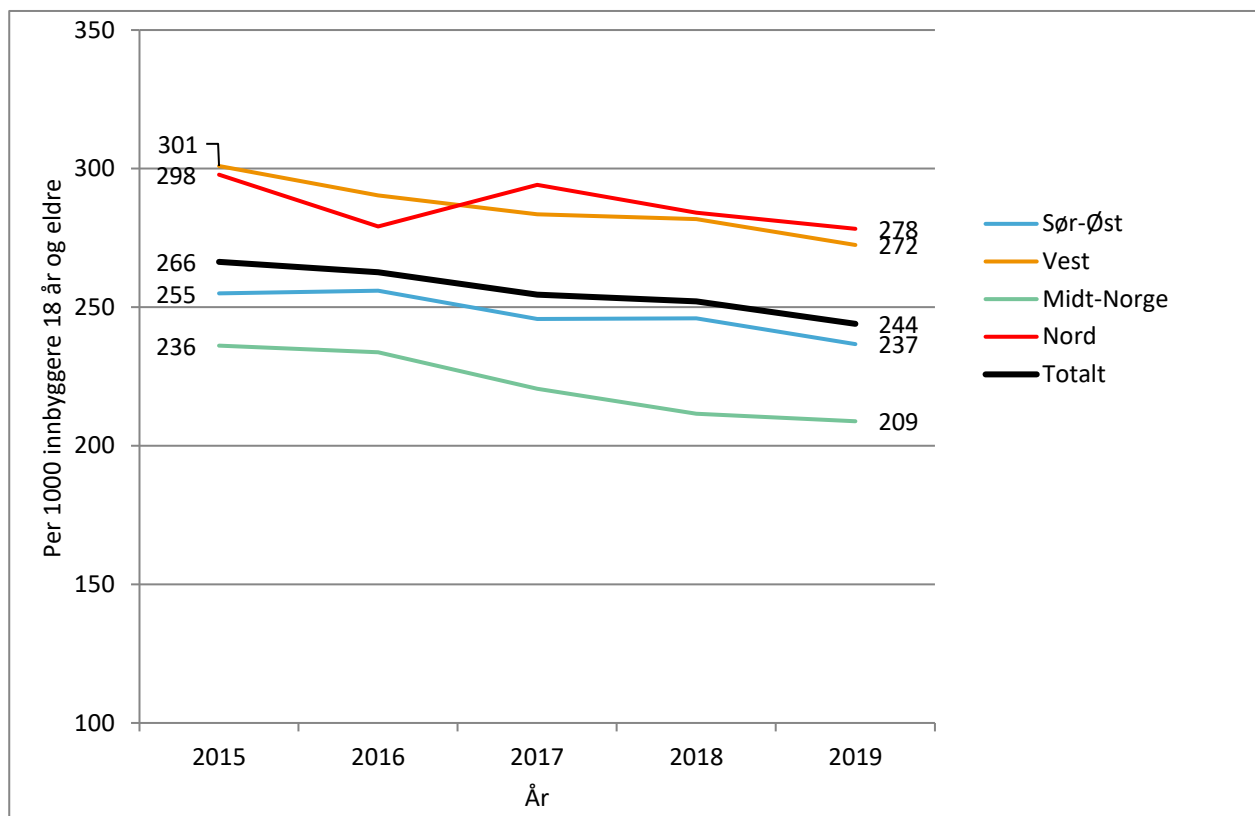
Fra 2015 til 2019 sank pasientraten for avtalespesialistene (pasienter 18 år og eldre) med 9,9 prosent. I tre av fire regioner var det en nedgang i pasientraten, størst i Helse Sør-Øst (13,7 prosent), fulgt av Helse Vest (8,8 prosent) og Helse Nord (4,9 prosent) I Helse Midt-Norge økte raten med 16,9 prosent. Pasientraten var i 2019 likevel fortsatt vesentlig høyere i Helse Sør-Øst og i Helse Vest enn i Helse Midt-Norge og i Helse Nord.

Det var i 2019 bare små forskjeller mellom regionene i den samlede pasientraten.

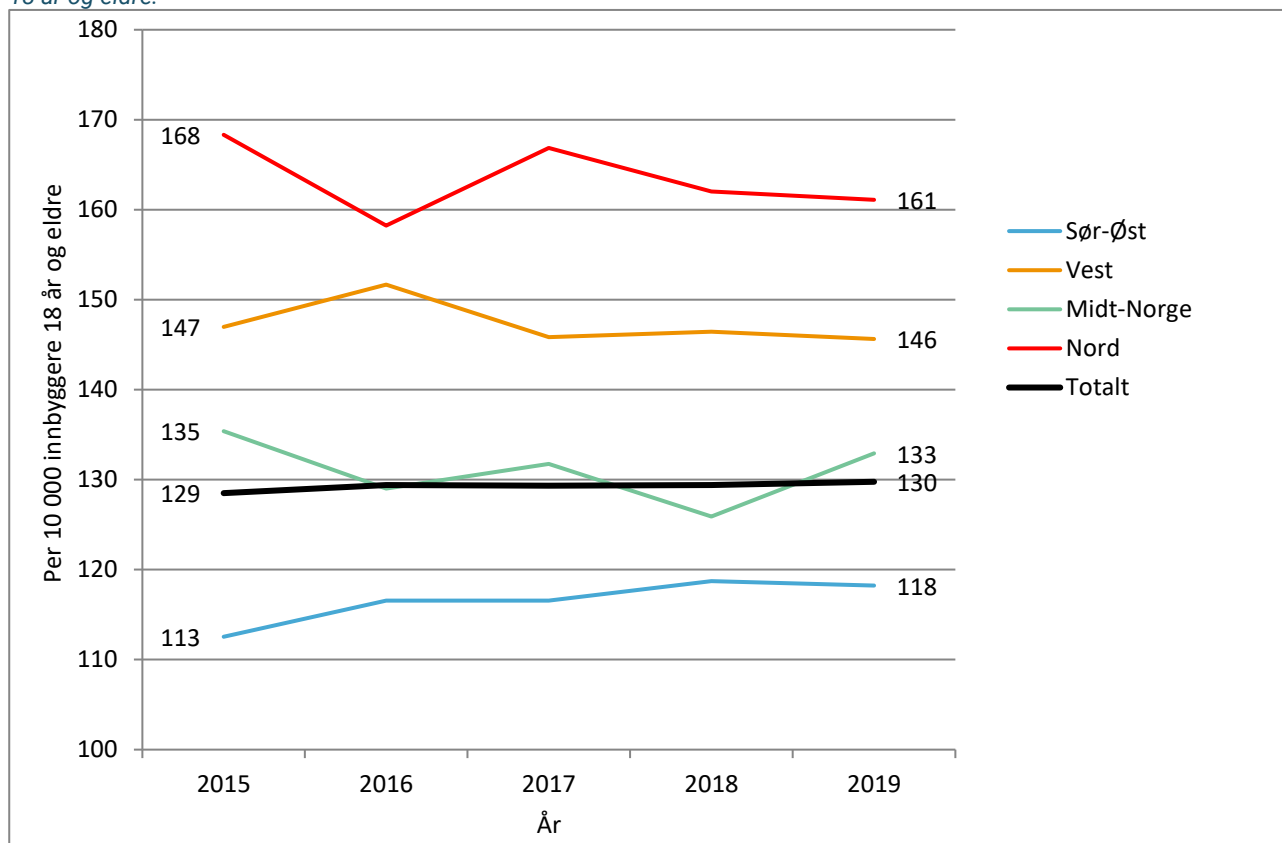
**Døgnbehandling**

Figur 5-15 viser utviklingen i raten for oppholdsdøgn nasjonalt og regionalt fra 2015 til 2019. Figur 5-16 viser den tilsvarende utviklingen i raten for utskrivninger fra institusjon.

Figur 5-15: Oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne 2015-2019. Bostedsregioner. Rate per 1 000 innbyggere 18 år og eldre.



Figur 5-16: Utskrivninger fra det psykiske helsevernet for voksne 2015-2019. Bostedsregioner. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.

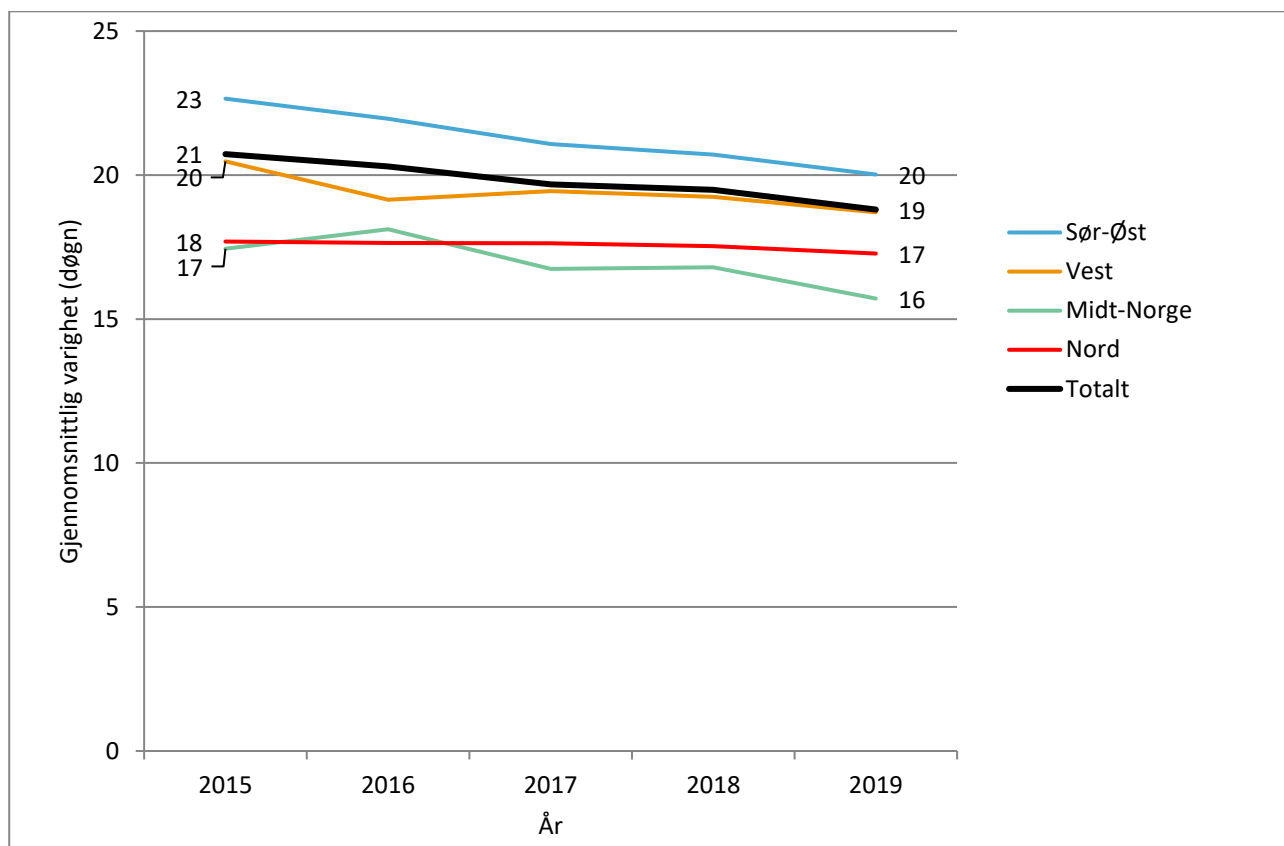


Fra 2015 til 2019 ble raten for oppholdsdøgn redusert med 8 prosent. Det har vært en nedgang i samtlige regioner. Helse Nord og Helse Vest hadde gjennomgående høyere døgnrate enn Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst.

På tross av nedgang i døgnraten, var det på landsbasis ingen nedgang i utskrivningsraten, ettersom varigheten av institusjonsoppholdene også har gått ned, se figur 5-17. Utskrivningsraten gikk ned i Helse Nord, og opp i Helse Sør-Øst. I øvrige regioner var det bare små endringer i raten. Også utskrivningsraten var gjennomgående lavere i Helse Midt-Norge og i Helse Sør-Øst enn i de øvrige regionene.

Figur 5-17 viser gjennomsnittlig varighet av institusjonsoppholdene over perioden 2015-2019.

Figur 5-17: Gjennomsnittlig varighet av institusjonsopphold i det psykiske helsevernet for voksne. Bostedsregioner 2015-2019.



På landsbasis gikk den gjennomsnittlige varigheten av oppholdene ned med 2 døgn, fra 21 til 19 døgn. Nedgangen var størst i Helse Sør-Øst. Regionen hadde likevel gjennomgående lengre institusjonsopphold enn de øvrige regionene.

I 2019 var 55 prosent av utskrivningene fra sykehus, mens 44 prosent var fra DPS, det vil si samme fordeling som i 2015. 60 prosent av oppholdsdøgnene var i 2019 ved sykehus, mot 37 prosent ved DPS. Andre institusjoner sto for 4 prosent av oppholdsdøgnene. Siden 2015 har andelen døgn ved sykehus økt med 3 prosentpoeng, mens andelen ved DPS har blitt tilsvarende redusert.

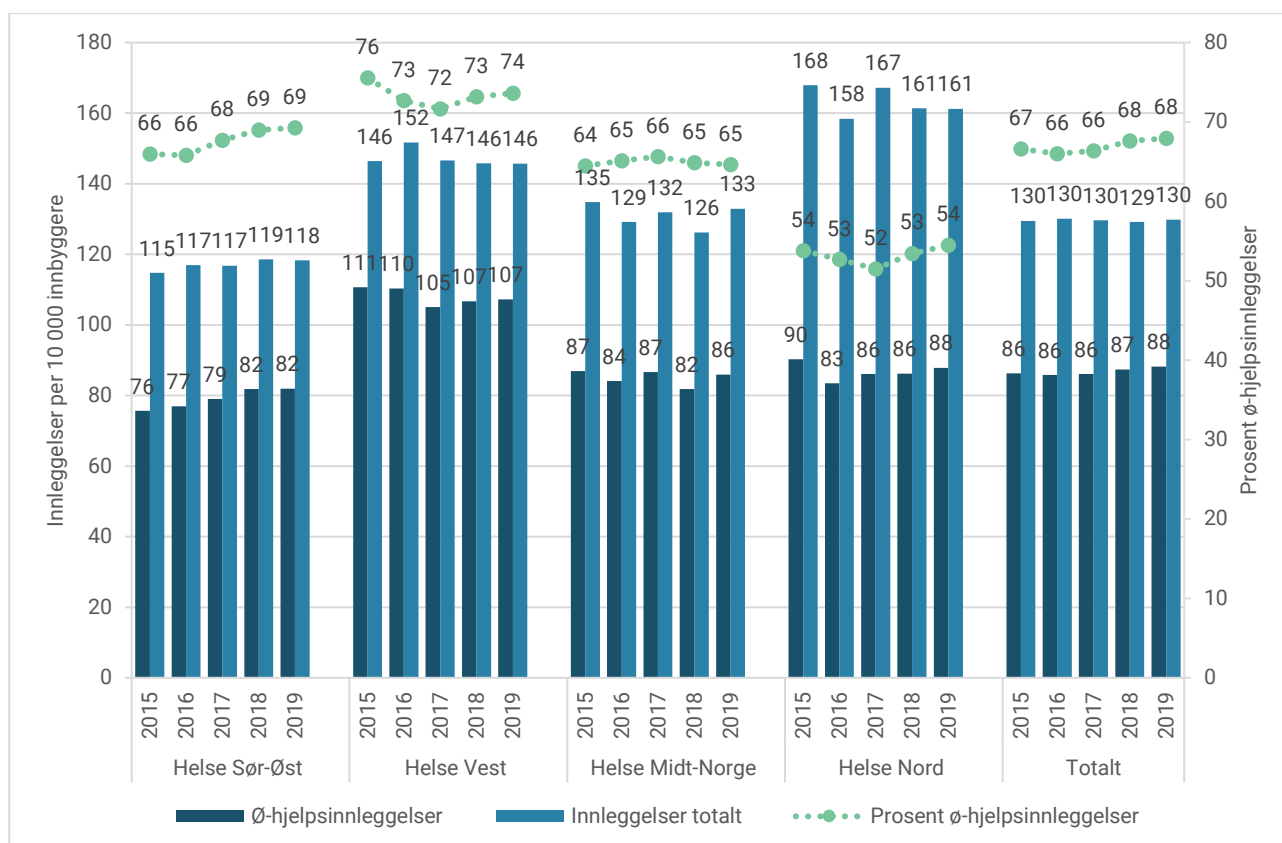
Helse Nord hadde i 2019 en vesentlig høyere andel utskrivninger ved DPS (58 prosent) enn Helse Vest (49 prosent), Helse Midt-Norge (44 prosent) og særlig Helse Sør-Øst (40 prosent). Helse Midt-Norge og

Helse Vest hadde høyest andel oppholdsdøgn ved DPS (hvh. 47 og 46 prosent), mot 43 prosent i Helse Nord og 33 prosent i Helse Sør-Øst.

### Øyeblikkelig hjelp-innleggelser

Redusert kapasitet ved døgnavdelingene vil kunne føre til økt andel og antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Figur 5-18 viser raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser, innleggelser totalt og andel øyeblikkelig hjelp etter bostedsregion. Øyeblikkelig hjelp-innleggelse er definert som hastegrad innen 24 timer.

Figur 5-18: Øyeblikkelig hjelp-innleggelser i det psykiske helsevernet for voksne. Ande øyeblikkelig hjelp-innleggelser og rate øyeblikkelig hjelp-innleggelser og innleggelser totalt per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregioner 2015-2019.



På landsbasis har fra 2015 til 2019 både øyeblikkelig hjelp-raten, innleggesrate totalt, og andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelser holdt seg relativt stabil. Andelen har holdt seg mellom 66 og 68 prosent av innleggesene.

Helse Sør-Øst har i perioden hatt en økning både i antall innleggelser totalt, og i antall innleggelser som øyeblikkelig hjelp. Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser har her økt fra 66 til 69 prosent.

Helse Vest har en høyere rate for øyeblikkelig hjelp-innleggelser enn de øvrige regionene, og en høyere andel slike innleggelser (74-76 prosent).

I Helse Midt-Norge holdt andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelser mellom 64 og 66 prosent.

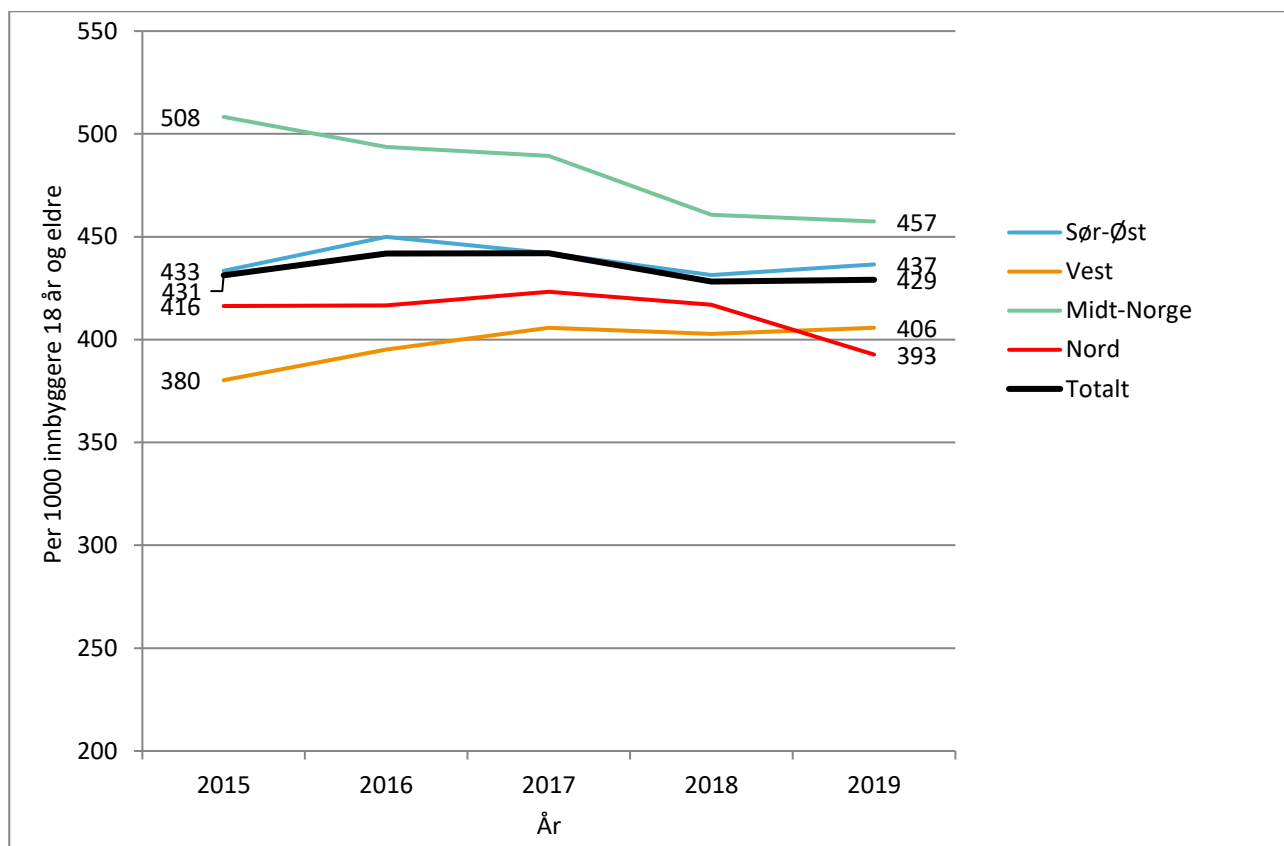
Helse Nord har en lavere andel øyeblikkelig hjelp-innleggelseser (52-54 prosent) enn de øvrige regionene, ikke på grunn av færre slike innleggelseser, men på grunn av langt flere innleggelseser totalt.

I 2019 gikk 69 prosent av øyeblikkelig hjelp-innleggelsesene til sykehusene, 31 prosent til DPS-ene. Andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelseser som gikk til DPS-ene var vesentlig høyere i Helse Nord (47 prosent) og i Helse Vest (40 prosent) enn i Helse Midt-Norge og i Helse Sør-Øst (hhv. 26 og 24 prosent). Ved sykehusene var 84 prosent av innleggelsesene øyeblikkelig hjelp-innleggelseser, mot 49 prosent ved DPS-ene.

## Poliklinisk behandling

Figur 5-19 viser utviklingen i polikliniske kontakter nasjonalt og regionalt over perioden 2015-2019.

Figur 5-19: Kontakter totalt ved poliklinikkene i det psykiske helsevernet for voksne. Bostedsregioner 2015-2019. Rate per 1 000 innbyggere 18 år og eldre.



På landsbasis holdt kontaktraten seg stabil fra 2015 til 2019 (0,5 prosent nedgang). Raten gikk ned i Helse Midt-Norge og i Helse Nord, økte i Helse Vest, og i noen grad i Helse Sør-Øst. Helse Midt-Norge hadde fortsatt en høyere rate enn de øvrige regionene, mens Helse Vest og Helse Nord hadde en lavere rate.

Det meste av de polikliniske virksomheten utføres av DPS-ene. Disse sto i 2019 for 86 prosent av kontaktene, mot 13 prosent ved sykehusene. Andelen var høyere i Helse Nord (95 prosent), mot 84-88 prosent i de andre regionene.

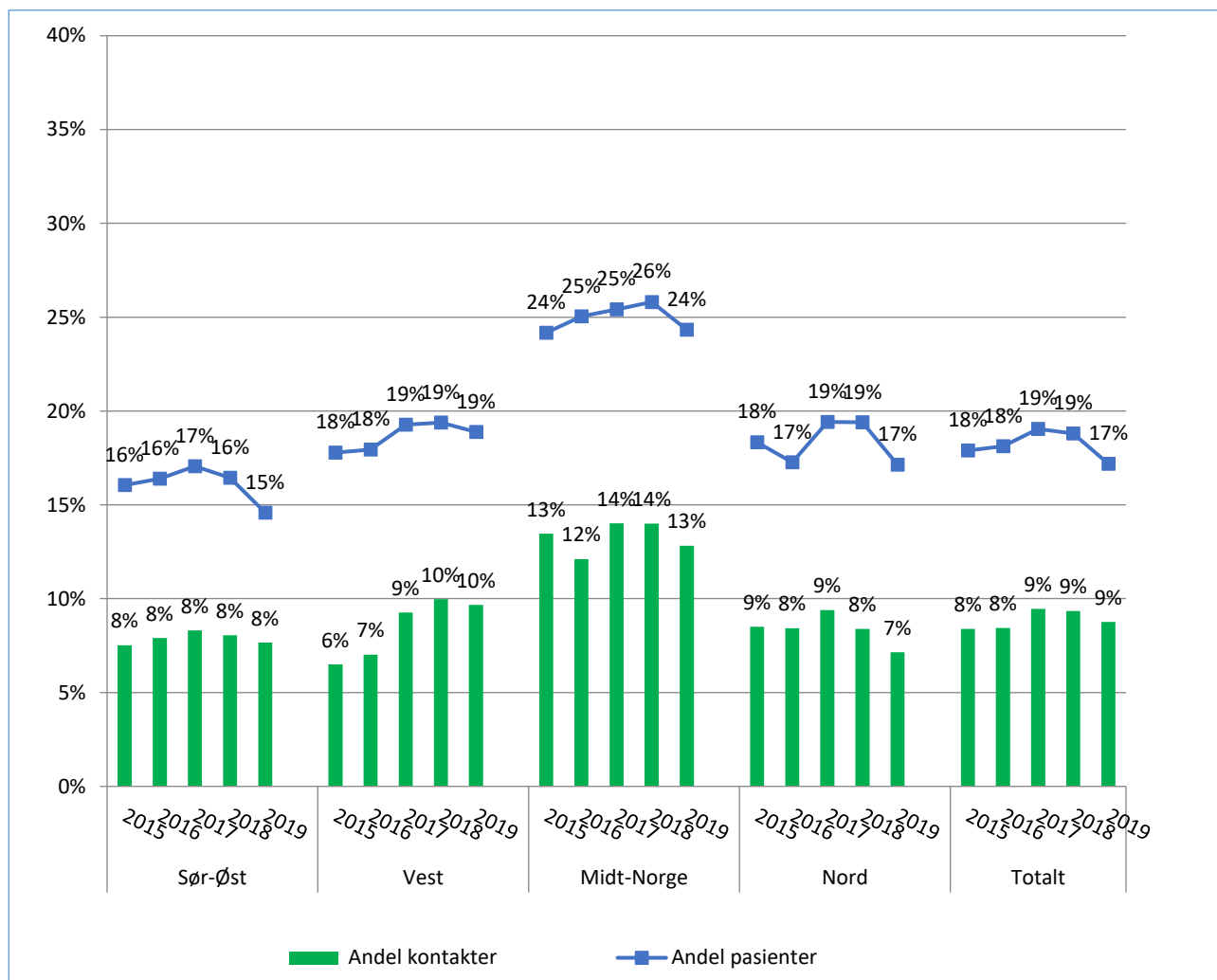
Aktiviteten ved poliklinikkene bør sees i sammenheng med aktiviteten hos avtalespesialistene (se nedenfor).



## Ambulant behandling

Det er en målsetting å bygge ut den ambulante polikliniske virksomheten. Figur 5-20 viser andel ambulante kontakter og andel polikliniske pasienter som har mottatt slik behandling for årene 2015 til 2019.

Figur 5-20: Andel ambulante kontakter og andel pasienter som har mottatt ambulante tjenester i det psykiske helsevernet for voksne. Bostedsregioner 2015-2019.

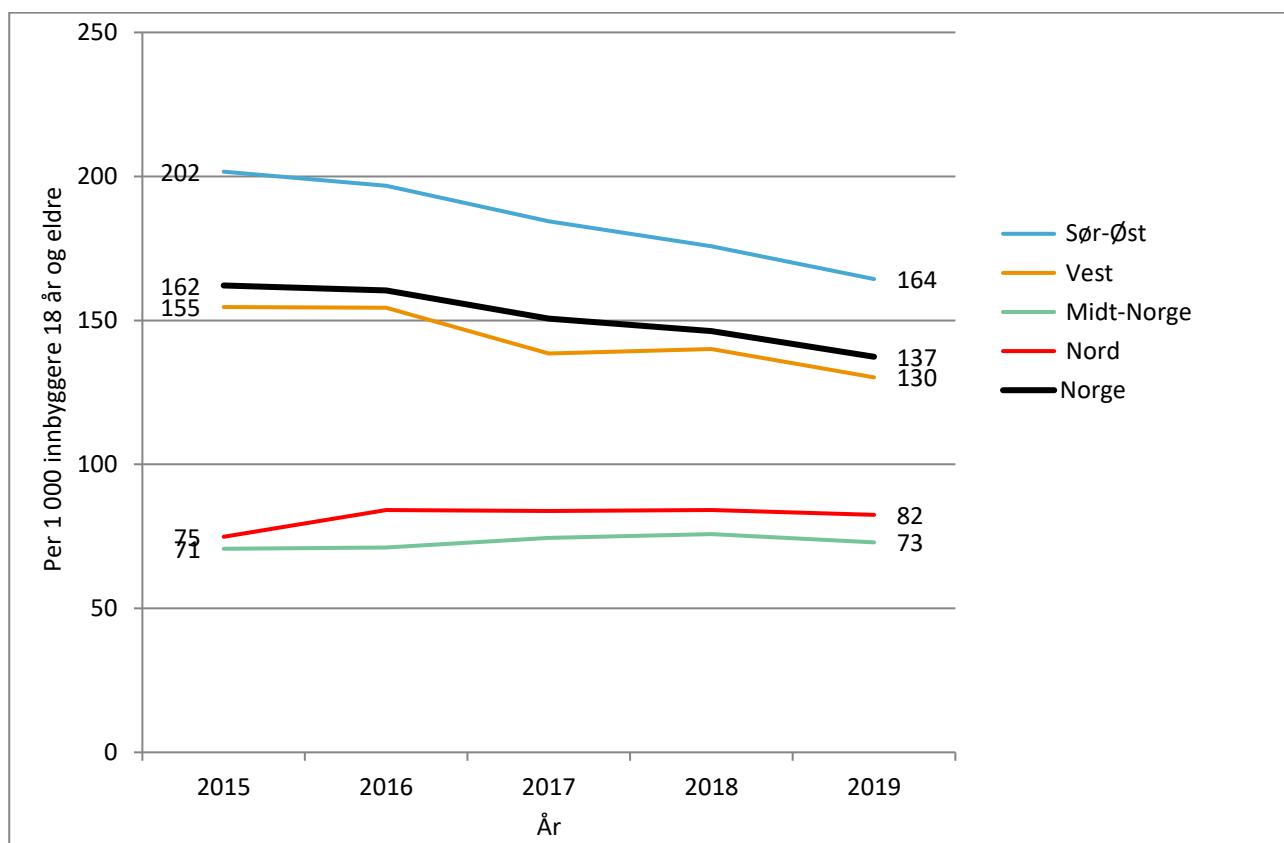


På landsbasis har 17-19 prosent av de polikliniske pasientene mottatt ambulante tjenester. For de fleste av disse pasientene er det imidlertid få ambulante kontakter. De ambulante kontaktene utgjør bare 8-9 prosent av episodene totalt. I Helse Midt-Norge har den ambulante virksomheten større omfang enn i de øvrige regionene.

## Aktivitet hos avtalespesialistene

Figur 5-21 viser rater for antall konsultasjoner totalt hos avtalespesialistene for pasienter 18 år og eldre. For 2015 var ikke data komplette (97 prosent dekning). Vi har her benyttet estimater. For 2019 mangler data for cirka 4 prosent av virksomheten tallene er ikke korrigert for dette.

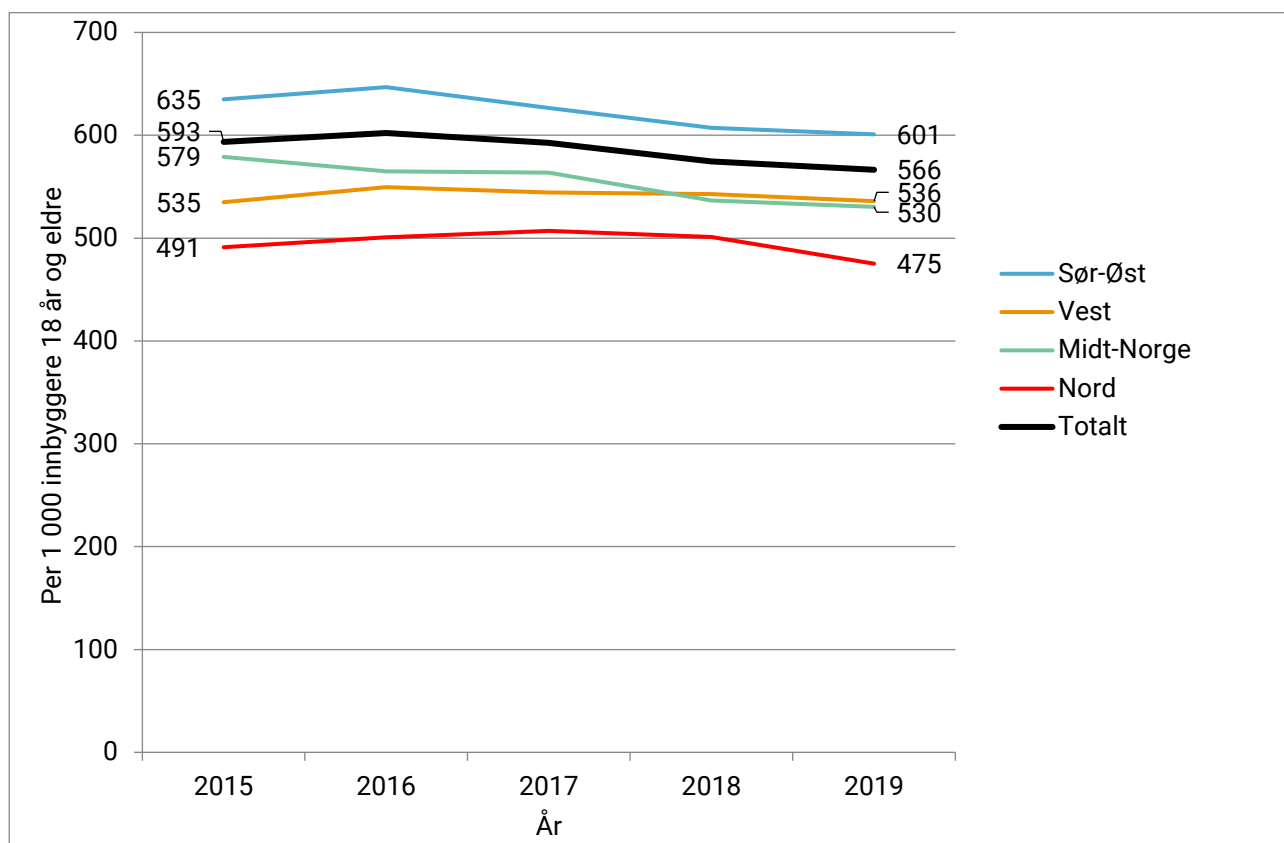
Figur 5-21: Konsultasjoner hos avtalespesialistene for pasienter 18 år og eldre. Bostedsregioner 2015-2012. Rate per 1 000 innbyggere 18 år og eldre.



Korrigert for underrapportering ble konsultasjonsraten hos avtalespesialistene redusert med 12 prosent fra 2015 til 2019. Raten økte noe i Helse Midt-Norge og i Helse Nord, og ble redusert i Helse Sør-Øst og i Helse Vest. Helse Vest, men særlig Helse Sør-Øst hadde vesentlig flere konsultasjoner per innbygger enn Helse Midt-Norge og Helse Nord.

Aktiviteten hos avtalespesialistene bør sees i sammenheng med aktiviteten ved poliklinikkene. Dette er vist i figur 5-22.

Figur 5-22: Kontakter totalt ved poliklinikker og hos avtalespesialistene for pasienter 18 år og eldre. Bostedsregioner 2015-2019. Rate per 1 000 innbyggere 18 år og eldre.

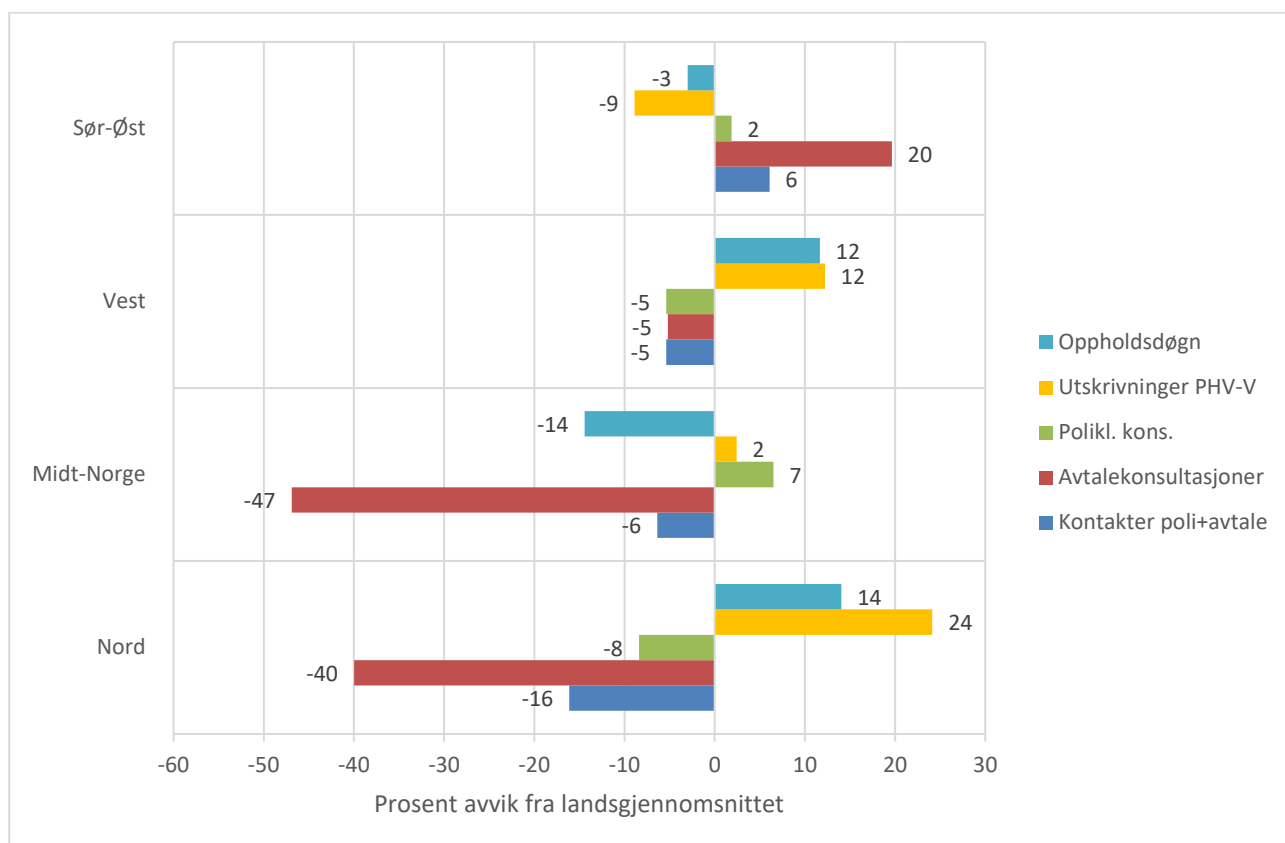


Fra 2015 til 2019 gikk den samlede kontaktraten ned med 3 prosent. I tre av fire regioner var det nedgang. I Helse Vest var kontaktraten stabil. Når poliklinikk og avtalespesialister sees under ett, var det gjennom hele perioden høyere rater i Helse Sør-Øst enn i de øvrige regionene. Lavest var ratene i Helse Nord.

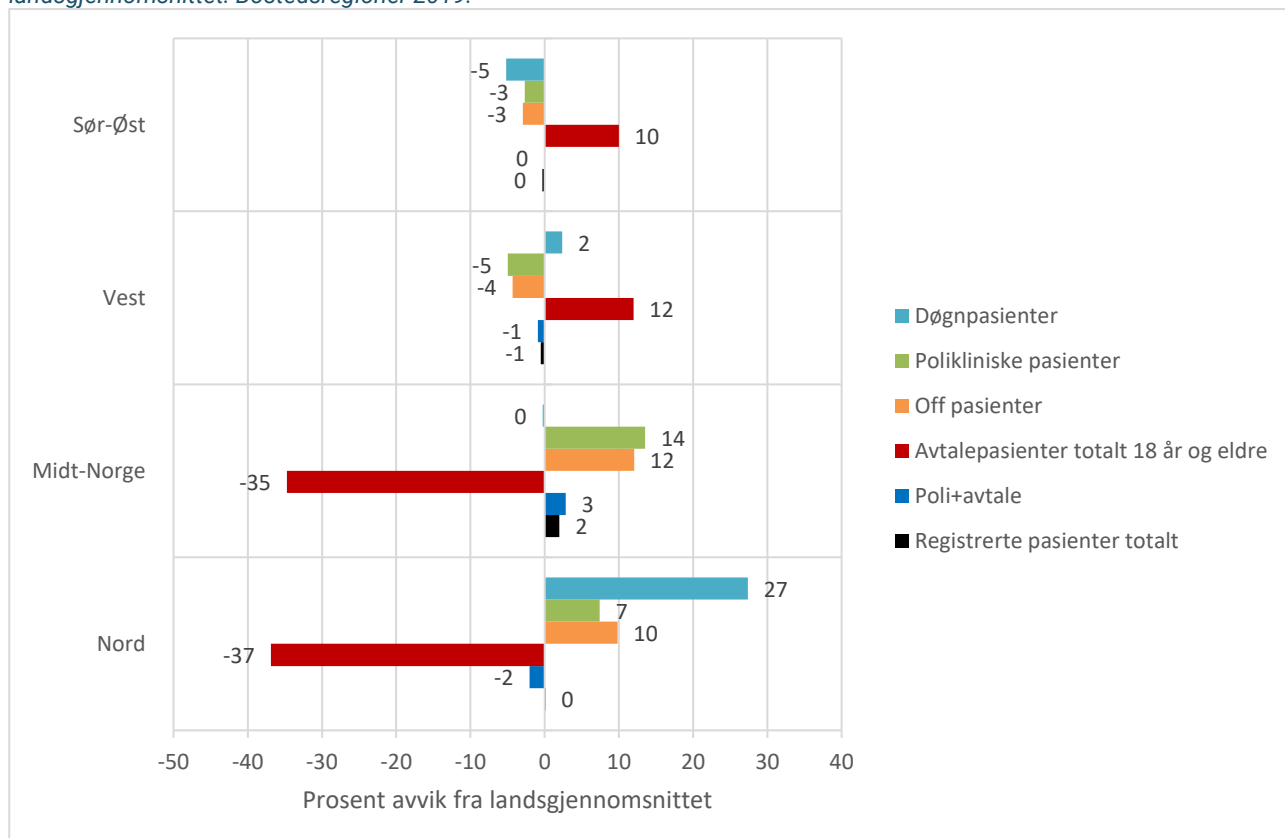
### 5.5 Behandlingsprofiler i regionene i 2019

Helseregionene har ulik vektlegging av ulike typer tjenester. Dette er illustrert i figur 5-23, som viser behandlingsrater for ulike tjenester, målt som prosent avvik fra ratene på landsbasis i 2019. Figur 5-24 viser tilsvarende indikatorer for pasienter etter behandlingsform. På Samdatas nettsider kan en kjøre ut tilsvarende fordelinger for selvvalgte regioner og foretaksområder.

Figur 5-23: Behandlingsprofiler i det psykiske helsevernet for voksne. Rate for ulike tjenester målt som prosent avvik fra landsgjennomsnittet. Bostedsregioner 2019.



Figur 5-24: Pasientprofiler i det psykiske helsevernet for voksne. Rate for ulike tjenester målt som prosent avvik fra landsgjennomsnittet. Bostedsregioner 2019.



Målt ved ratene for oppholdsdøgn og døgnpasienter, hadde Helse Sør-øst en aktivitet ved døgnavdelingene like under landsgjennomsnittet. Målt ved utskrivningsraten var aktiviteten lavere. Dette innebærer at regionen hadde relativt lange døgnopphold. Den polikliniske aktiviteten lå nær landsgjennomsnittet. Aktiviteten hos avtalespesialistene var imidlertid den desidert høyeste på landsbasis. Regionen hadde dermed den høyeste samlede kontaktraten. Målt ved kontaktraten hos avtalespesialistene lå Helse Sør-Øst 20 prosent over nivået på landsbasis. Målt ved raten for avtalepasienter lå regionen imidlertid bare 10 prosent over. Dette innebærer at regionen hadde flere kontakter per pasient enn ellers i landet. Regionen kjennetegnes først og fremst ved høy aktivitet hos avtalespesialistene.

Målt ved ratene for oppholdsdøgn og utskrivninger hadde Helse Vest relativt høy aktivitet ved døgnavdelingene. Raten for døgnpasienter lå også noe over landsgjennomsnittet. Kontaktraten for poliklinikkene og hos avtalespesialistene lå under landsgjennomsnittet, selv om antall pasienter hos avtalespesialistene var over landsgjennomsnittet. Helse Vest hadde dermed en "døgnprofil" på tilbudet.

Helse Midt-Norge hadde landets laveste rater for oppholdsdøgn, men likevel utskrivningsrate noe over gjennomsnittet. Regionen hadde samtidig landets høyeste rater for polikliniske kontakter og polikliniske pasienter. På grunn av svært lav aktivitet hos avtalespesialistene, var samlet kontaktrate for poliklinikk og avtalespesialister likevel under landsgjennomsnittet. Helse Midt-Norge var dermed regionen med den klareste "polikliniske" profilen.

Helse Nord hadde landets høyeste rater både for oppholdsdøgn, utskrivninger og døgnpasienter. Regionen hadde den laveste konsultasjonsraten ved poliklinikkene og, nest etter Helse Midt-Norge, den laveste konsultasjonsraten for avtalespesialistene. Dermed hadde regionen også den laveste raten når poliklinikk og avtale sees under ett. Regionen har dermed en "døgnprofil" på tilbudet.

Regionene har ulike profiler på pasienter i ulike tjenester. Sees tjenestene samlet var imidlertid pasientraten nær landsgjennomsnittet i samtlige regioner (-1 til +2 prosent).

### **Datagrunnlaget**

Dataene i dette kapitlet bygger på pasientdata for det psykiske helsevernet for voksne, innsendt fra helseforetak og private institusjoner. For to mindre institusjoner (CRUX Bergfløtt behandlingssenter og Furukollen psykiatriske senter) er data for 2018 mangelfulle. Vi har her i stedet benyttet data for 2017. Dette påvirker i liten grad resultatene. For 2019 mangler data for Crux Bergfløtt og for Manifestsenteret. Heller ikke dette påvirker i særlig grad resultatene.

I pasientdataene har hver pasient et unikt (avidentifisert) nummer, slik at det er mulig å følge pasientene på tvers av ulike institusjoner og behandlingsformer. Det er dermed mulig å identifisere antall individer som har mottatt behandling. Pasienter benytter i varierende grad tjenester utenfor eget bostedsområde. Ved beregning av indikatorer for bruk av tjenester tar vi derfor utgangspunkt i pasientens bosted, ikke behandlingssted.

En oversikt over bostedsområdene finnes på nettsidene. For poliklinikkene har vi tidligere benyttet "refusjonsberettigede konsultasjoner" som indikator, dvs. konsultasjoner som utløste refusjon fra Helfo. Etter omlegging av finansieringssystemet for poliklinikkene kan denne indikatoren ikke lenger benyttes. Vi ser derfor i stedet på alle innrapporterte polikliniske kontakter.

For avtalespesialistene var ikke pasientdata komplette de første årene. Det er estimert at den innrapporterte aktiviteten dekket 97 prosent av aktiviteten i 2015. Også for 2019 er dataene mangelfulle (96 prosent). For disse årene benytter vi i noen sammenhenger estimerte tall.

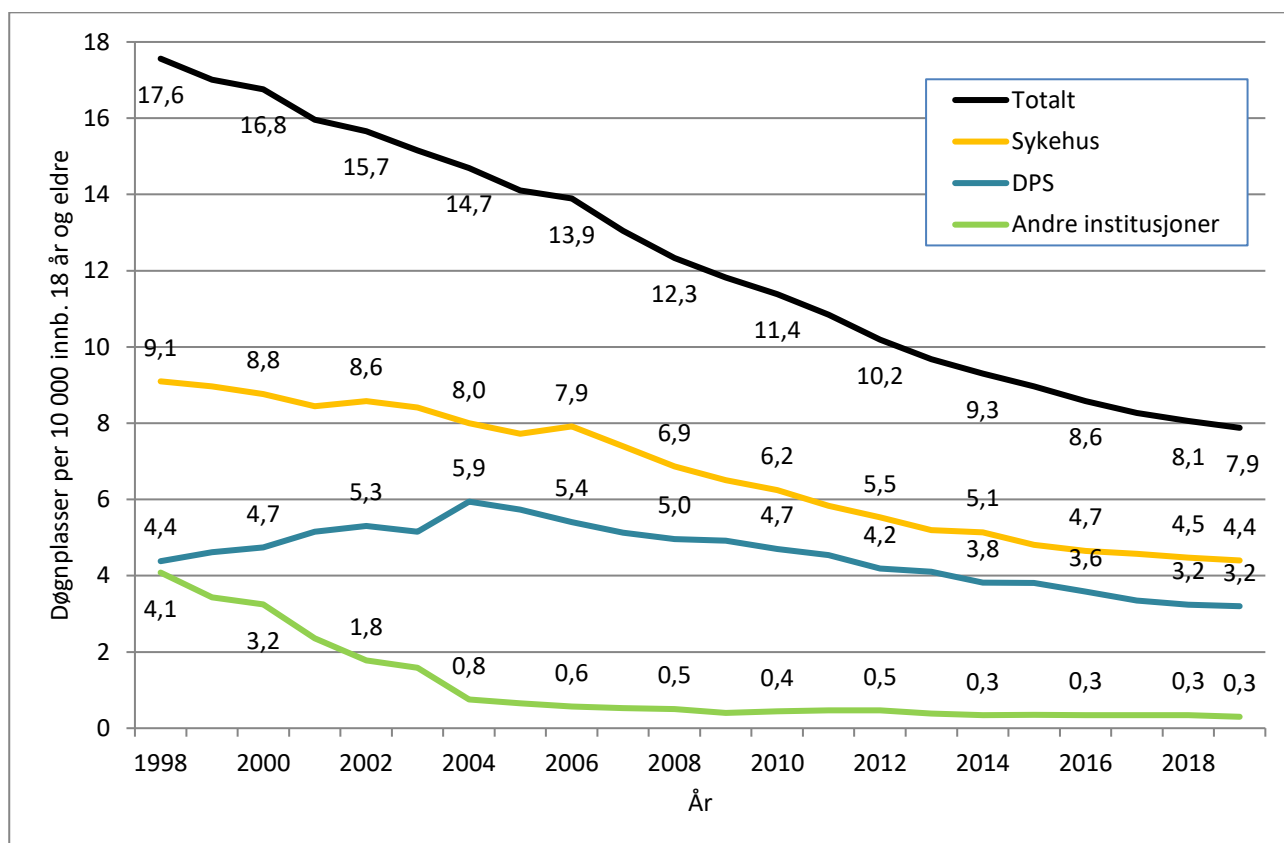
# 6. Døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne

Vi vil i dette kapitlet se på hvordan kapasiteten ved døgnavdelingene i det psykiske helsevernet for voksne, målt ved døgnplasser, har utviklet seg over tid, og hvordan denne kapasiteten fordeler seg regionalt.

## 6.1 Utviklingen nasjonalt 1998-2019

Figur 6-1 viser utviklingen i ratene for døgnplasser over perioden 1998-2019, fordelt på ulike typer institusjoner.

Figur 6-1: Døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne etter institusjonstype. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre 1998-2019.



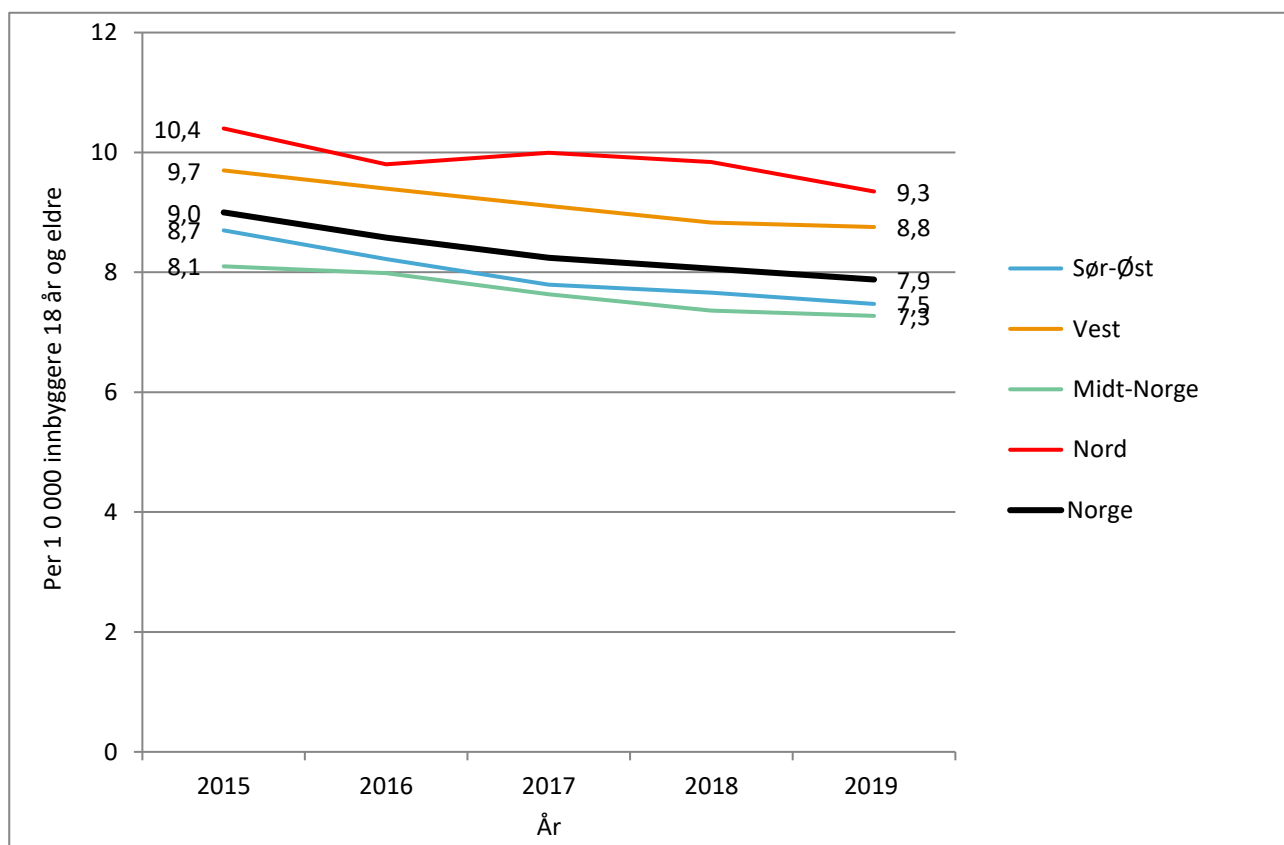
Over perioden 1998-2019 har den samlede raten for døgnplasser blitt redusert med 55 prosent. Nedgangen var størst ved "andre institusjoner" (hovedsakelig psykiatriske sykehjem), som har blitt redusert med 93 prosent. Ved sykehusene har ratene blitt redusert med 52 prosent. Ratene for DPS-ene økte fram til 2004, men har siden blitt redusert, og lå i 2019 27 prosent under nivået i 1998.

Brukerstyrte plasser er en ordning der brukeren selv kan legge seg inn uten å gå veien om fastlege. Dette er først og fremst et tilbud til pasienter som har behov for gjentatte innleggelser. Det kan da inngås kontrakt mellom pasient og behandlingssted om et slikt tilbud. For 2019 rapporterte 3 sykehus, 42 DPS og 1 "annen institusjon" at de hadde et slikt tilbud.

## 6.2 Utviklingen nasjonalt og regionalt 2015-2019

Figur 6-2 viser utviklingen i samlet rate for døgnplasser over perioden 2015-2019. Døgnplassene er fordelt på regionene etter pasientenes bosted.<sup>10</sup>

Figur 6-2: Døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregioner 2015-2019.



Fra 2015 til 2019 ble døgnplassraten på landsbasis redusert med 12 prosent. Nedgangen var størst i Helse Sør-Øst (14 prosent), mot 11 prosent i Helse Midt-Norge, og 10 prosent i Helse Vest og i Helse

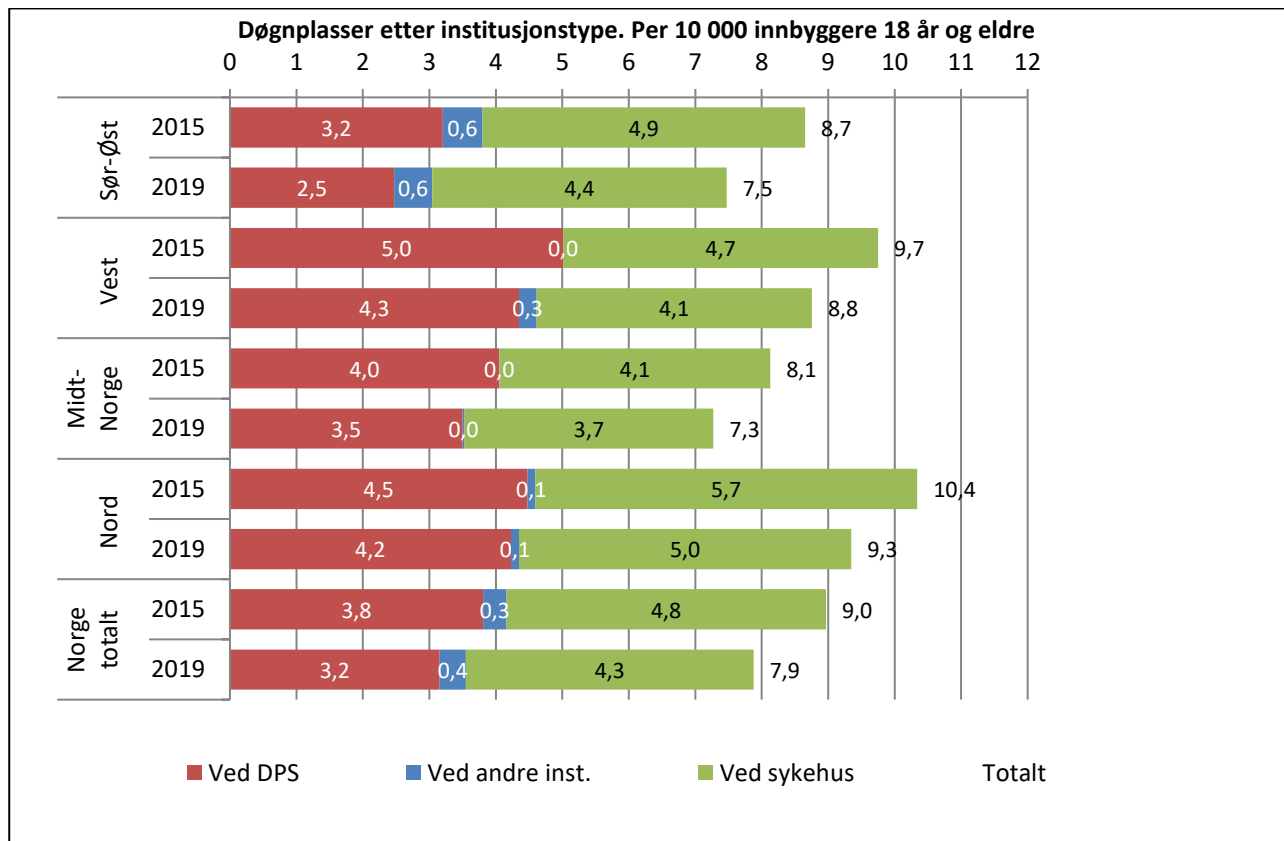
<sup>10</sup> Om pasienter fra en region sto for 50 prosent av oppholdsdøgnene ved en institusjon, "tilordnes" 50 prosent av døgnplassene ved denne institusjonen til denne regionen.



Nord. Helse Vest og Helse Nord har også gjennom hele perioden en høyere døgnplassrate enn Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.

Figur 6-3 viser rater for døgnplasser etter institusjonstype regionalt og nasjonalt i 2015 og i 2019.

Figur 6-3: Døgnplasser etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregioner 2015 og 2019.



Nedgangen har vært kraftigere ved DPS-ene (17 prosent) enn ved sykehusene (10 prosent). Andel plasser ved sykehusene har dermed økt fra 54 til 55 prosent, mens andel plasser ved DPS-ene har blitt redusert fra 42 til 40 prosent. Helse Vest (50 prosent), Helse Midt-Norge (48 prosent) og Helse Nord (45 prosent) har en vesentlig høyere andel plasser ved DPS enn Helse Sør-Øst (33 prosent). Helse Sør-Øst er den eneste regionen der døgnplasser ved "andre institusjoner" har noe omfang (8 prosent).

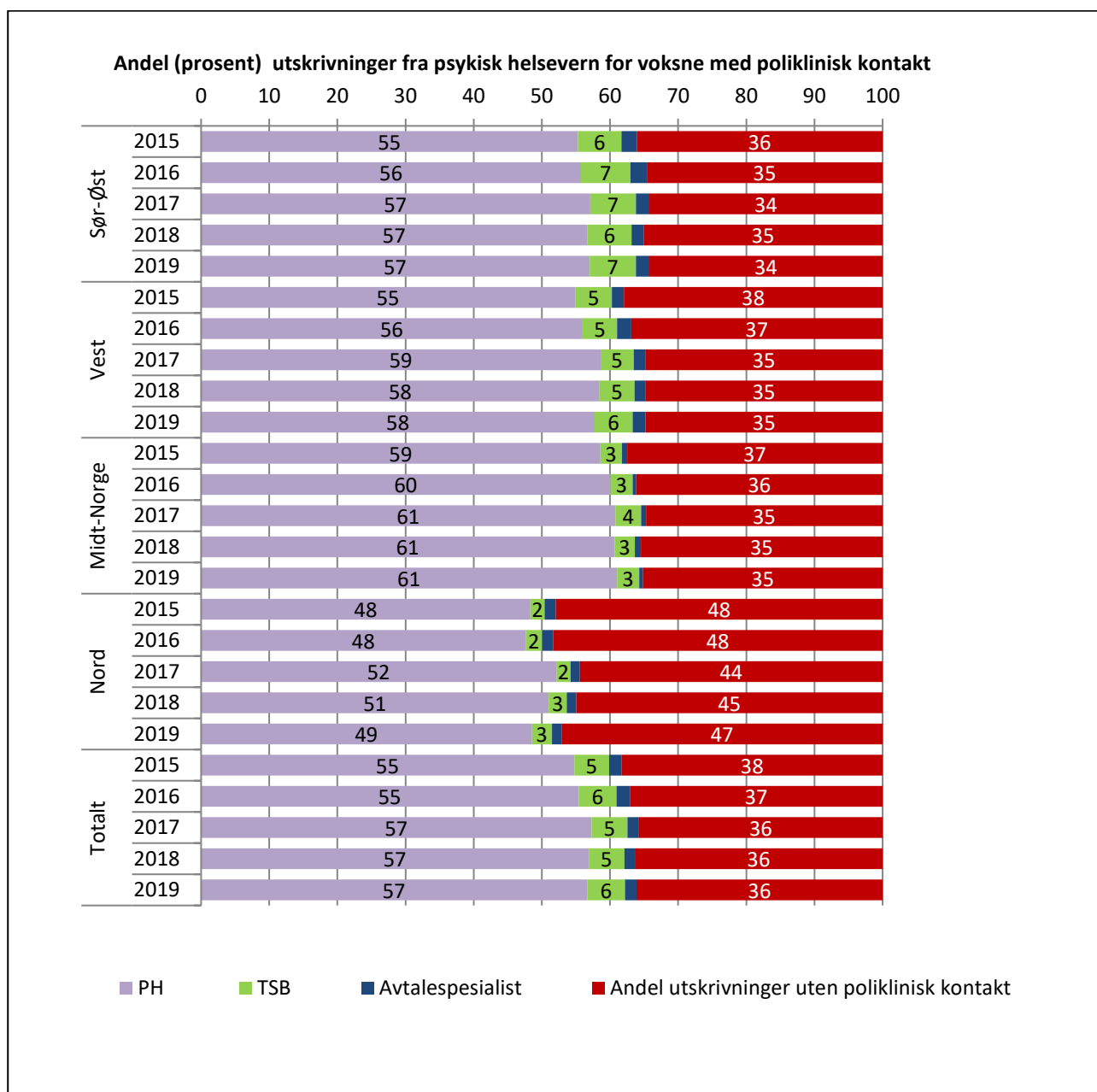
# 7. Forløp etter utskrivning fra døgntilbehandling i det psykiske helsevernet for voksne

Kontinuitet i behandlingen er en sentral målsetting i helsetjenesten. Vi vil i dette kapitlet se på videre kontakt med spesialisthelsetjenestene (psykisk helsevern og TSB) de første 30 dagene etter utskrivning fra døgntilbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. Vi viser også forekomsten av ny døgntilbehandling i løpet av det første året etter utskrivningen. Tallene er fordelt etter regionalt helseforetak. Private institusjoner er fordelt etter pasientens bostedsområde.

## 7.1 Poliklinisk kontakt 30 dager etter utskrivning

Figur 7-1 viser andel pasienter med poliklinisk kontakt med spesialisthelsetjenestene innen 30 dager etter utskrivning, regionalt og på landsbasis for årene 2015 til 2019. Tilsvarende tall for de enkelte helseforetak finnes på Helsedirektoratets nettsider. For 2019 omfatter tallene utskrivninger i perioden januar til november.

Figur 7-1: Andel pasienter med poliklinisk kontakt innen 30 dager etter utskrivning fra det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 2015-2019.



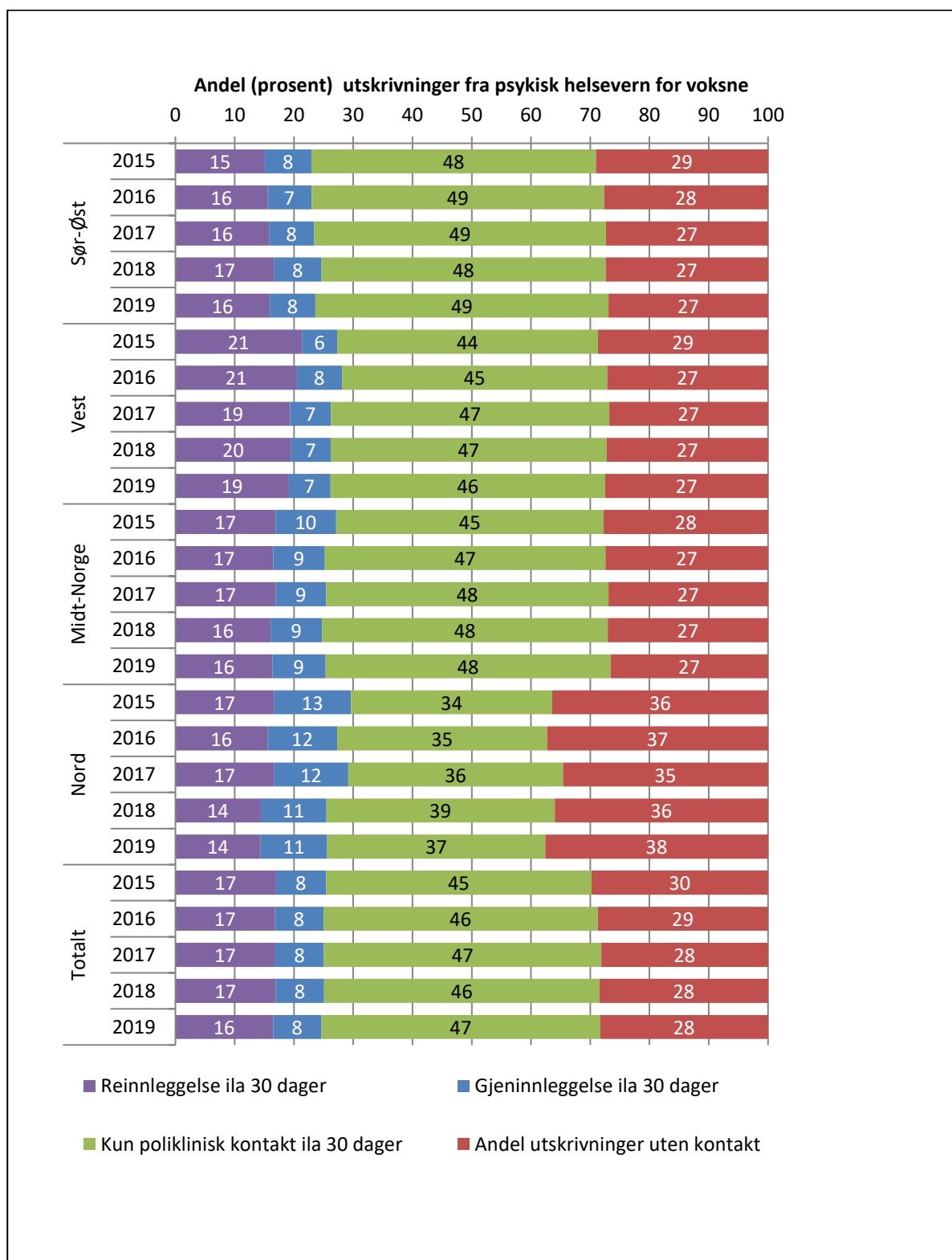
Fra 2015 til 2019 økte på landsbasis andelen som var i kontakt med det psykiske helsevernet, med TSB eller en avtalespesialist i psykiatri eller psykologi fra 62 til 64 prosent. Veksten kom ved de psykiatriske poliklinikkene, der andelen økte fra 55 til 57 prosent.

Andelen med en eller annen form for poliklinisk kontakt innen 30 dager økte med 3 prosentpoeng i Helse Vest, 2 prosentpoeng i Helse Sør-Øst og i Helse Midt-Norge, og ett prosentpoeng i Helse Nord. Helse Nord hadde samtidig den høyeste andelen utskrivninger uten ny kontakt i 2019 (47 prosent), mot 34-35 prosent i de andre regionene.

## 7.2 Videre forløp 30 dager etter utskrivning

Figur 7-2 viser videre forløp i spesialisthelsetjenesten 30 dager etter utskrivning fra det psykiske helsevernet for voksne i 2015 til 2019, nasjonalt og per regionalt helseforetak.

Figur 7-2: Videre forløp i spesialisthelsetjenesten 30 dager etter utskrivning fra det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 2015-2019.



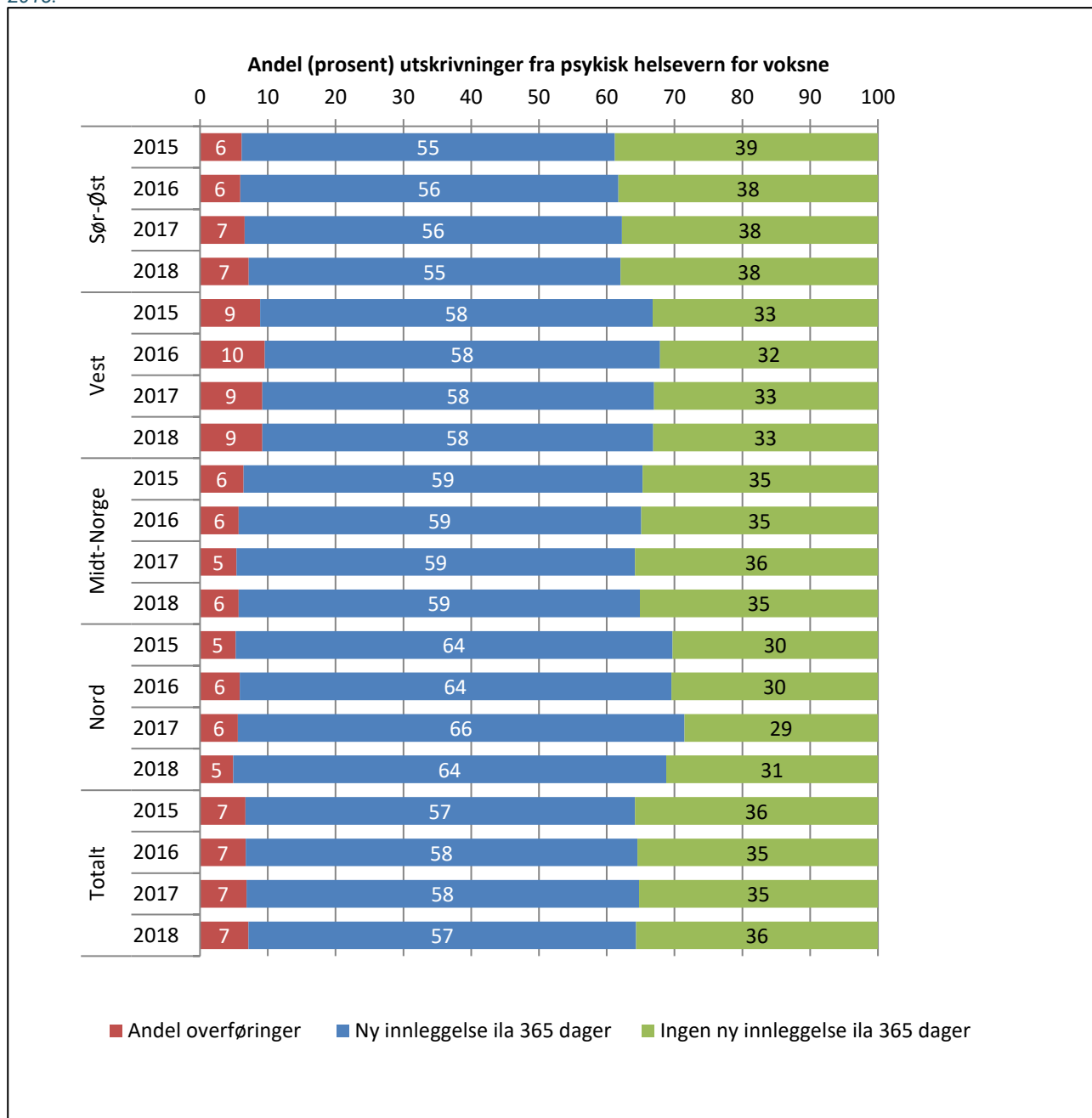
På landsbasis ble 24-25 prosent av de utskrevne pasientene innlagt på nytt i løpet av 30 dager, 16-17 prosent var reinnleggelser; ny innleggelse som øyeblikkelig hjelp. Andelen nye innleggelser har holdt seg stabil gjennom perioden. Derimot har andelen som bare hadde kontakt med de polikliniske tjenestene

økt fra 45 til 47 prosentpoeng. Andelen uten ny kontakt med spesialisthelsetjenesten har gått tilsvarende ned fra 30 til 28 prosent.

### 7.3 Videre forløp 1 år etter utskrivning fra det psykiske helsevernet for voksne

Figur 7-3 viser omfanget av nye innleggelser innen ett år etter utskrivning fra det psykiske helsevernet for voksne for årene 2015-2018. "Overføringer" omfatter her videre døgnbehandling ved annet helseforetak eller privat foretak eller overføring til TSB eller BUP.

Figur 7-3: Videre forløp innen ett år etter utskrivning fra det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 2015-2018.



På landsbasis hadde 57-58 prosent en ny innleggelse innen ett år. Andelen har holdt seg stabil over perioden. Helse Nord har gjennomgående en høyere andel nye innleggelser enn de øvrige regionale foretakene.

## Datagrunnlag og beregninger

Datagrunnlaget er innrapporterte pasientdata i løpet av femårsperioden 2015-2019. Beregningen av forløp tar utgangspunkt i de sammenhengende døgnbehandlingene ved helseforetak og private foretak. Foretaksoppholdet etableres sektorvis. Det vil si at døgnopphold ved poster, avdelinger og institusjoner innad i foretaket innen samme sektor lenkes sammen til foretaksopphold dersom oppholdene avløser hverandre i tid. Hensikten er å synliggjøre kjennetegn ved foretakenes behandlingstilbud i form av forløp etter utskrivning. Dersom en utskrivning videreføres til et annet foretak, blir dette synliggjort i form av overføringer. Ved beregning av forløp i løpet av det første året etter utskrivning fra foretakene, blir forløpet kategorisert i tre hovedkategorier: overføring til videre døgnbehandling, ny innleggelse for døgnbehandling på et senere tidspunkt eller ingen ny døgnbehandling i løpet av dette året. I kategorien overføring inngår overføring til et annet foretak; helseforetak eller privat foretak innen samme sektor, eller overføring til annen sektor. Når det gjelder forekomsten av ny innleggelse, er ny innleggelse ved annet foretak i samme sektor eller innleggelse ved psykisk helsevern inkludert i kategorien. Somatisk sektor er ikke inkludert i denne sammenhengen.

Ved beregning av forløp i løpet av 30 dager etter utskrivning fra foretakene, er pasientens videre kontakt med psykisk helsevern eller TSB undersøkt. Her er det de avsluttede døgnbehandlingene ved foretakene i løpet av perioden 2015-november 2019 som legges til grunn for beregningene. Når det gjelder ny innleggelse eller ny kontakt, er enhver kontakt med foretakene innad TSB eller i psykisk helsevern, inklusive avtalespesialistene, inkludert i resultatene. Somatisk sektor er ikke inkludert.

Foretaksoppholdene består av utskrivninger ved helseforetakene og utskrivninger ved private foretak. De private foretakene består både av avtaleinstitusjoner som i all hovedsak er private ideelle institusjoner, og private aktører som har meldt sin interesse i forbindelse med ordningen fritt behandlingsvalg (FBV). Regiontallene som presenteres i dette kapitlet er basert på helseforetakenes tilknytningsregion og bidraget fra de private foretakene er basert på pasientens bostedsregion. Resultater for hvert av helseforetakene og de private foretakene er tilgjengelig på våre nettsider.

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/samdata-spesialisthelsetjenesten>

# 8. Befolkningens bruk av TSB

## 8.1 Nasjonale utviklingstrekk

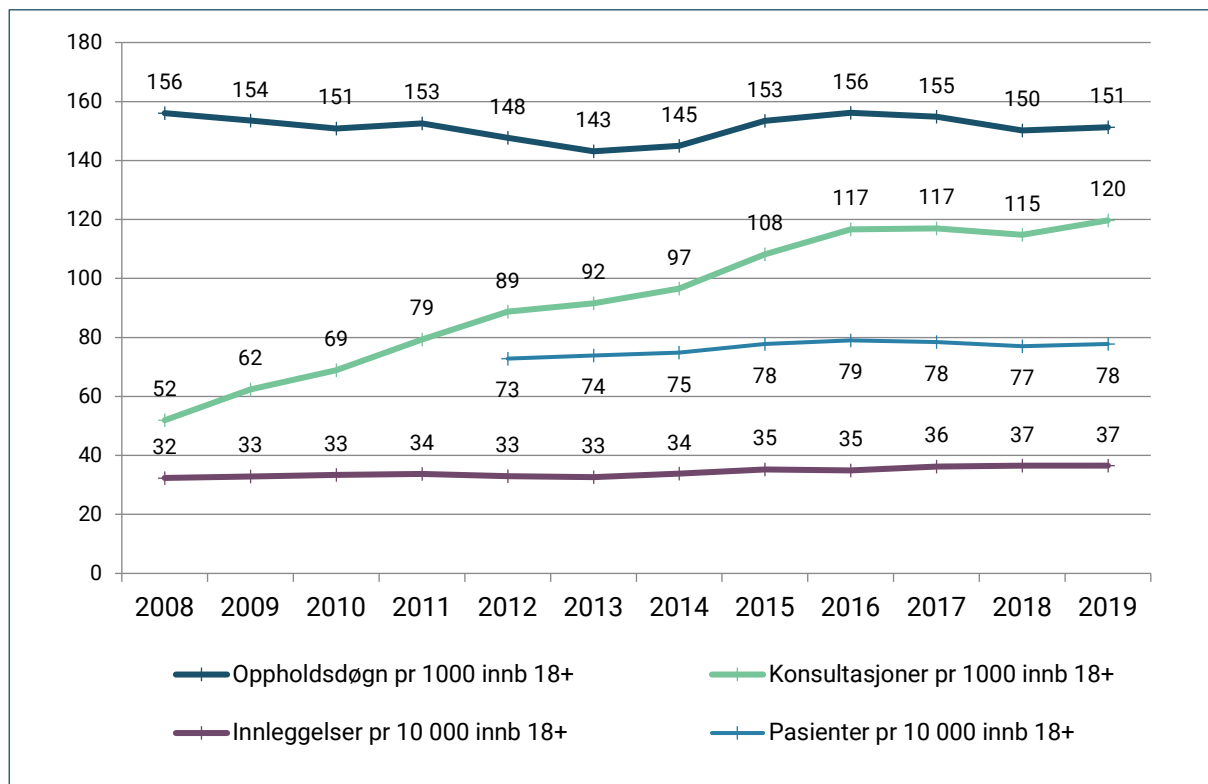
I løpet av 2019 fikk om lag 33 000 voksne pasienter behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette var en økning på 2 prosent i løpet av det siste året. Økningen var både knyttet til flere døgnpasienter og til flere polikliniske pasienter. I løpet av perioden fra 2015 til 2019 var det en samlet vekst i antall pasienter i TSB på 4 prosent og veksten var i samme størrelsesorden for både døgnpasienter og pasienter som kun var i poliklinisk behandling.

Antall oppholdsdøgn og innleggelser innen den avtalte døgnkapasiteten i TSB økte med 1 prosent fra 2018 til 2019. Fra 2018 til 2019 økte antall oppholdsdøgn innen ordningen fritt behandlingsvalg. Når dette bidraget ble inkludert, ble den samlede økningen i antall oppholdsdøgn på 2 prosent.

I løpet av perioden 2015-2019 hadde TSB en vekst i antall oppholdsdøgn på 2 prosent, institusjonsinnleggelsene økte med 8 prosent og de polikliniske økte med 15 prosent.

I figur 8-1 er trendene for de befolkningsbaserte ratene; dekningsratene, basert på pasienter, oppholdsdøgn, innleggelser og konsultasjoner i TSB presentert.

Figur 8-1: Dekningsrater for oppholdsdøgn, innleggelses, polikliniske konsultasjoner og pasienter i TSB 2008-2019.



Dekningsratene for pasienter i rusbehandling, var så å si uendret i perioden 2015-2019. Dekningsratene for oppholdsdøgn har blitt lavere, mens antall konsultasjoner per innbygger har økt i denne perioden. Utviklingen i dekningsrater de siste årene tyder på at nedgangen fra 2017-2018 er avløst av en økning siste år.

## 8.2 Regionale utviklingstrekk

### Antall pasienter i behandling

I Sør-Øst var det 1 prosent økning i antall pasienter i TSB i 2019 sammenlignet med året før. Endringen var på samme nivå for både døgnpasienter og pasienter kun i poliklinisk behandling.

I Helse Vest var det 2 prosent økning i antall pasienter totalt fra 2018 til 2019. Økningen var knyttet til pasienter som kun var i det polikliniske behandlingstilbudet. Antall døgnpasienter ble redusert med 2 prosent i løpet av det siste året.

I Helse Midt-Norge var det en økning i antall pasienter på 3 prosent fra 2018 til 2019, og økningen var knyttet til både døgnpasienter og polikliniske pasienter.

I Helse Nord økte det samlede volumet av behandlede pasienter i TSB med 10 prosent fra 2018 til 2019. Økningen var særlig knyttet til pasienter som kun var i poliklinisk behandling.

I løpet av perioden fra 2015 til 2019 hadde alle regionene en vekst i antall pasienter. Veksten i Sør-Øst var på 3 prosent og knyttet til både døgnpasientene (4 prosent) og pasientene som kun mottok poliklinisk



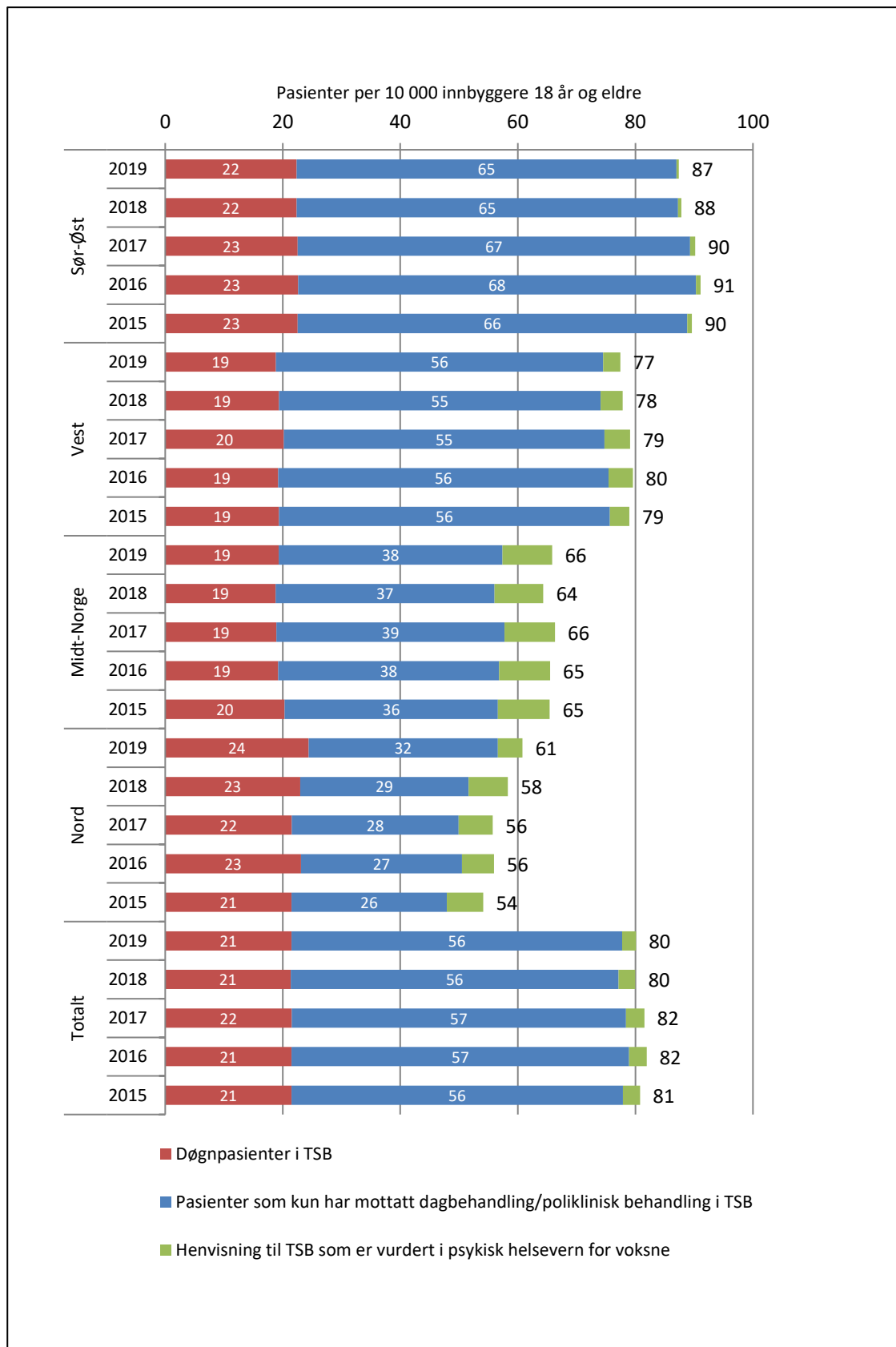
behandling (2 prosent). I Vest var veksten samlet sett på 2 prosent og i all hovedsak knyttet til pasienter som kun var i poliklinisk behandling. I Midt-Norge var det en vekst i pasienttallet på 5 prosent og veksten var knyttet til pasienter som kun mottok poliklinisk behandling. Innen døgntilbudet var det en nedgang i antall pasienter i løpet av perioden 2015-2019 i denne regionen. I Nord var den samlede veksten i antall pasienter på over 20 prosent og veksten var knyttet til både døgnpasienter og pasienter som kun mottok poliklinisk behandling.

### **Antall pasienter per innbygger**

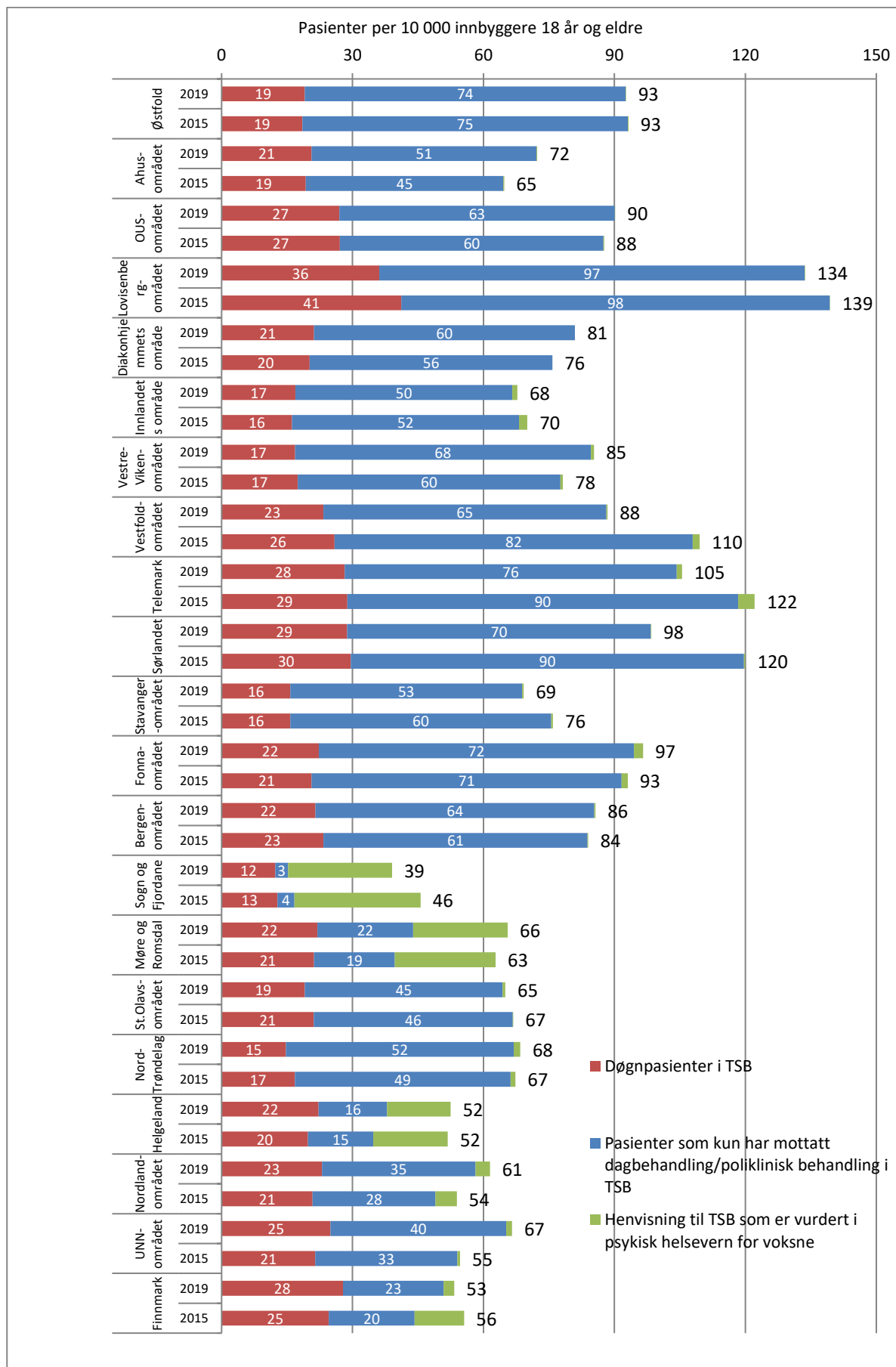
Rusbehandlingen som tilbys befolkningen i regionene, omfatter først og fremst behandlingstilbudet innen sektoren TSB. I enkelte foretak behandles henvisninger til rusbehandling ved vurderingsinstanser i psykisk helsevern. Denne virksomheten omtales her som *bidrag fra psykisk helsevern* og inkluderes når formålet med statistikken er å vise tilbudet til befolkningen bosatt i foretakenes opptaksområder.

Når vi tar hensyn til befolkningsgrunnet blir de regionale forskjellene i rusbehandling som vist i figur 8-2. I figur 8-3 er forskjellene mellom bostedsområdene presentert. Figurene viser pasienter per voksne innbyggere i perioden 2015 til 2019.

Figur 8-2: Pasienter i TSB og bidrag fra psykisk helsevern. Bostedsregion 2015 - 2019.



Figur 8-3: Pasienter i TSB og bidrag fra psykisk helsevern. Bostedsområde 2015 og 2019.



De regionale forskjellene i antall pasienter per innbygger er blitt mindre i løpet av perioden 2015-2019. Mens Helse Nord hadde økt tilbudet slik at en større andel av befolkningen mottok behandling i løpet av perioden, var det samtidig en liten reduksjon i pasientraten i Helse Sør-Øst. Det var betydelige bidrag fra psykisk helsevern både i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Når det gjaldt pasienter i døgnbehandling var det så å si ingen regionale forskjeller i pasientrate i løpet av perioden. Også for bostedsområdene innad i regionene var det små forskjeller med hensyn til døgnpasienter per innbygger. De forskjellene som vi kjenner fra tidligere gjenfinnes også i 2019. Forskjellene er fremdeles knyttet til bruken av poliklinisk rusbehandling. Kart som viser geografiske forskjeller i pasienters bruk av de ulike behandlingstilbud finnes på våre nettsider <sup>11</sup>.

### **8.3 Pasientenes alder og kjønn**

Pasientene i rusbehandling er i all hovedsak 18 år og eldre og det er av den grunn de voksne pasientene som legges til grunn i beregningene av pasientrater for de ulike geografiske områdene. Det er 224 pasienter yngre enn 18 år i 2019. I alt 109 pasienter er gutter og 65 pasienter er jenter i alderen 13-17 år. De yngre barna er primært registrert som pasienter ved familieavdelingene.

Vi ønsker å følge med på i hvilken grad det er samarbeid med psykisk helsevern om de ulike aldersgruppene. I dette avsnittet er det presentert noen eksempler på hva som kan hentes ut av oversikter fra våre nettsider. På disse sidene er behandlingstilbudet pasientene mottar innen TSB beskrevet i form av type behandling; døgnbehandling eller poliklinisk behandling, samt at samarbeid med psykisk helsevern er belyst i form av antall pasienter som var i behandling i begge sektorer samme år. Dette er presentert etter aldersgrupper for både menn og kvinner. Eksempler på visninger for perioden 2014-2019 er presentert i figur 8-4, figur 8-5, figur 8-6 og figur 8-7.

---

<sup>11</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>

Figur 8-4: Pasientrater (pasienter per 1 000 innbyggere) for menn og kvinner etter aldersgrupper for pasienter i behandling i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern i løpet av 2014-2019 (figur til venstre). Aldersspesifikke pasientrater i 2019 for menn (figur øverst til høyre) og kvinner (figur nederst til høyre) etter ulike behandlingstilbud.



Figur 8-4 viser både at tilbudet til de ulike aldersgruppene er forskjellig; unge og eldre mottar i mindre grad rusbehandling sammenlignet med de øvrige aldersgruppene. Vi ser av figuren at bruken av tilbudet til menn er ulikt for de ulike aldersgruppene mens for kvinner ser det ut som bruken av tilbudet i mindre grad endrer seg med alder.

Aldersgruppen 60-69 år mottar i mindre grad tilbud om rusbehandling i TSB, men tallene tyder på en vekst i pasientraten i løpet av perioden 2014-2019.

Etter andre verdenskrig hadde Norge høye fødselstall og denne etterkrigskohorten befinner seg i aldersgruppen 70-79 år. Befolkningen i denne aldersgruppen bruker i liten grad behandlingstilbudet i TSB. Befolkningsgrunnlaget i denne aldersgruppen har økt med 33 og 27 prosent for henholdsvis menn og kvinner i løpet av perioden 2014-2019 og tallene tyder på at tilbudet rent volummessig holder følge med befolkningsveksten.

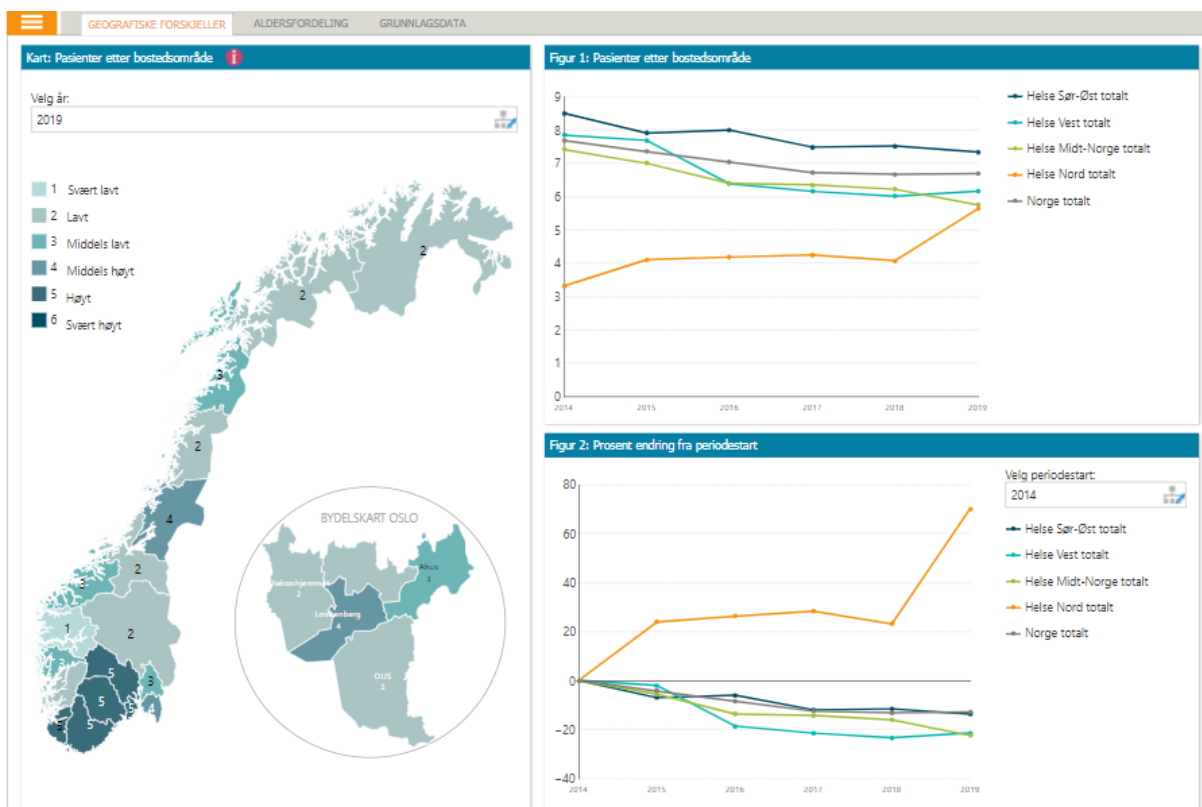
Linjediagrammene til høyre i figur 8-4 viser bruken av ulike typer behandlingstilbud etter pasientenes alder. De tre behandlingstilbudene som illustreres i figuren er: Pasienter behandlet i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern, pasienter i døgntilbud og pasienter i behandling både i TSB og psykisk helsevern samme år. Linjediagrammet i figur 8-4 viser at behandling både i TSB og psykisk helsevern, tilbys i størst grad for aldersgruppen 23-29, mens dette tilbudet avtar etter hvert som pasientene blir eldre. Denne utviklingen er den samme for både kvinner og menn og omfanget av behandlingstilbudet er det

samme for begge kjønn. I det øvrige behandlingstilbudet er det gjennomgående i større grad menn enn kvinner som er i behandling for rusproblematikk.

### Aldersgruppen 18-22 år

De unge pasientene var tidligere fulgt opp ved de psykiatriske ungdomsteamene. Teamene ble i løpet av årene etter rusreformen (2004) i all hovedsak inkludert i TSB. Antall pasienter per innbygger i 2014-2019 for denne aldersgruppen, samt relative pasientrater i bostedsområdene i 2019, er presentert i figur 8-5.

Figur 8-5: Pasientrater (pasienter per 1000 innbyggere) for pasienter i aldersgruppen 18-22 år i behandling i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern. Bostedsområde 2014-2019.

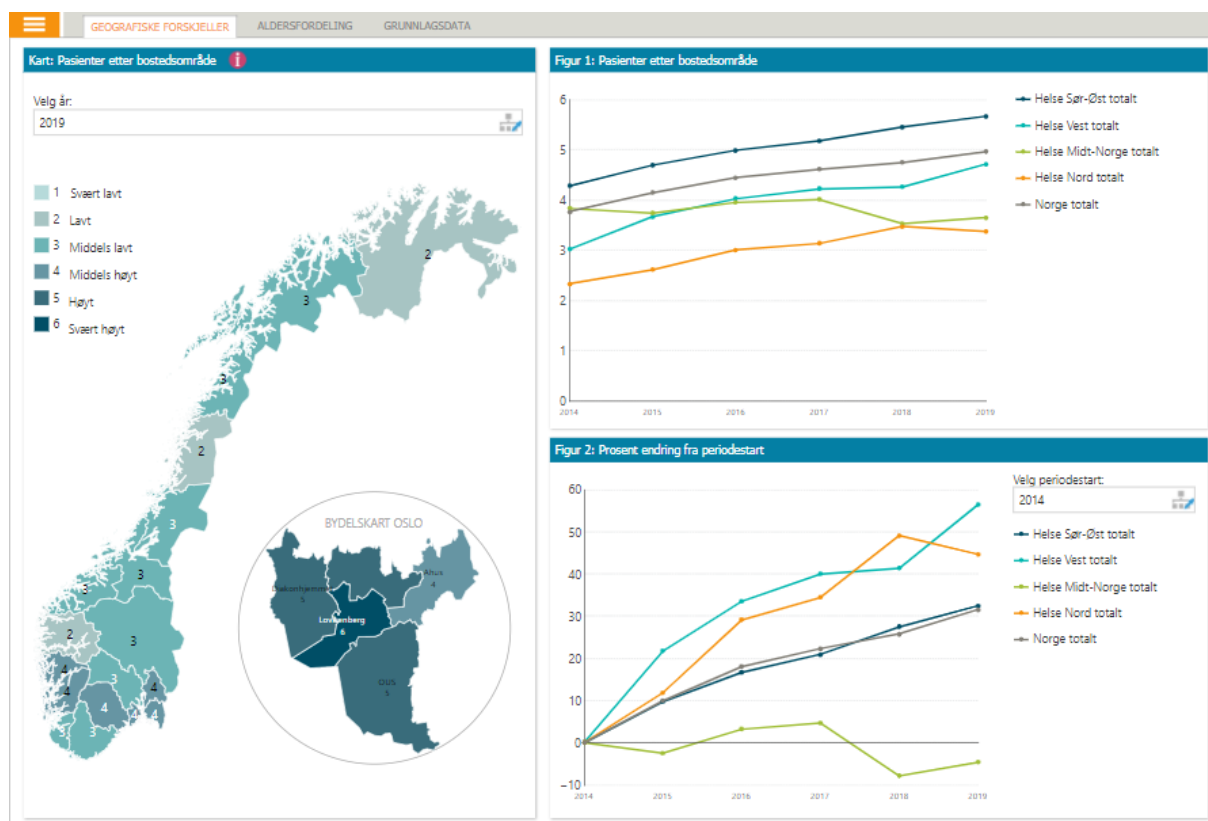


Det var samlet sett en nedgang i pasientraten for denne aldersgruppen i løpet av perioden 2014-2019. De unge pasientene var i større grad i behandling i Helse Sør-Øst sammenlignet med i de øvrige regionene. Helse Nord hadde lave pasientrater for denne aldersgruppen gjennom hele perioden, men var den eneste regionen som hadde vekst i behandlingstilbudet i løpet av perioden. Kartet viser at det var geografiske forskjeller i bruken av dette tilbudet for aldersgruppen og at Stavanger, Sørlandet, Telemark, Vestfold og Vestre Viken hadde i større grad unge i rusbehandling sammenlignet med de øvrige områdene.

### Aldersgruppen 60-69 år

Fra figur 8.4 fremgikk det at det gjennom de siste årene var en vekst i pasientratene for behandling i TSB for aldersgruppen 60-69. Dette gjaldt både kvinner og menn. I figur 8.6 er utviklingen de siste årene for denne aldersgruppen presentert.

Figur 8-6: Pasientrater (pasienter per 1000 innbyggere) for pasienter i aldersgruppen 60-69 år i behandling i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern. Bostedsområde 2014-2019.

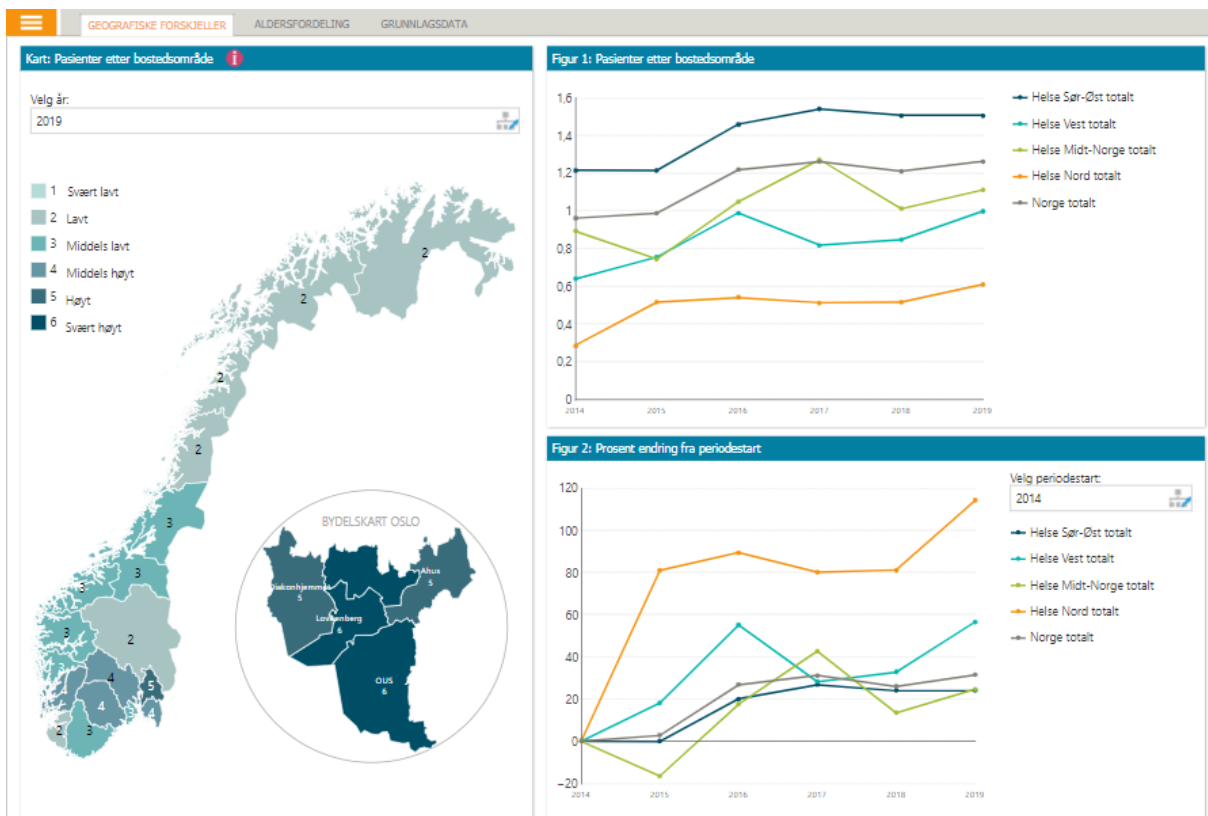


Figuren viser at det har vært en vekst i alle regionene unntatt i Midt-Norge. De geografiske forskjellene i bruken av rusbehandling for denne aldersgruppen er liten. Unntaket er Oslo, som har mange pasienter sett i forhold til innbyggertallet. Her inngår kun pasienter oppført med Oslo som bostedskommune i Folkeregistret, slik at eventuelle tilflyttede pasienter uten adresseendring vil komme i tillegg.

### Aldersgruppen 70-79 år

Etterkrigskohorten inngår i aldersgruppen 70-79 år i perioden 2014-2019. Som vist i figur 8-4 var pasientratene for denne aldersgruppen lave sammenlignet med de øvrige aldersgruppene. I figur 8-7 er kart og utviklingstall i regionene presentert for denne aldersgruppen.

Figur 8-7: Pasientrater (pasienter per 1000 innbyggere) for pasienter i aldersgruppen 70-79 år i behandling i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern. Bostedsområde 2014-2019.



I figur 8-7 ser vi at alle regionene hadde lave pasientrater for aldersgruppen 70-79 år. Det er Helse Nord som har de laveste pasientratene og dette gjelder alle bostedsområdene i regionen. Pasientratene holder imidlertid samme nivå gjennom perioden og tilbudet til aldersgruppen synes dermed å holde tritt med befolkningsveksten. De geografiske forskjellene i bruken av rusbehandling for denne aldersgruppen er basert på en lav forekomst av rusbehandling og må tolkes med forsiktighet.

Mer om de geografiske forskjellene for ulike aldersgrupper i pasienters bruk av de ulike behandlingstilbud finnes på våre nettsider <sup>12</sup>.

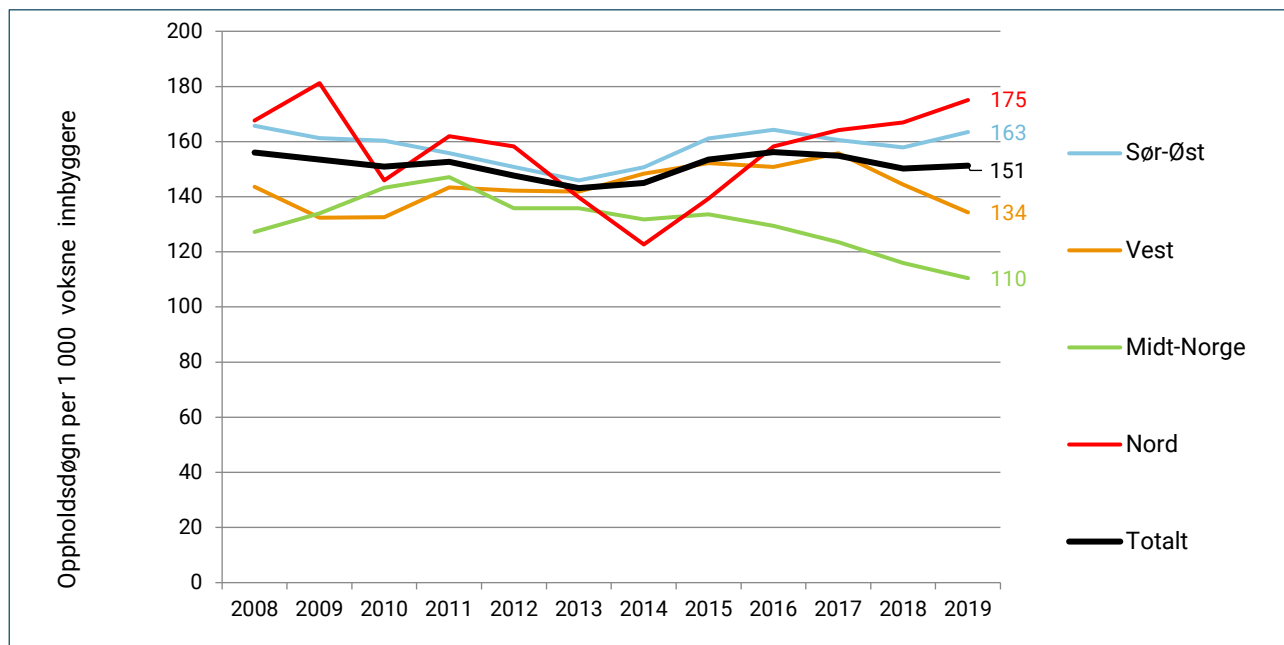
#### 8.4 Bruken av oppholdsdøgn og innleggelse i regionene

Døgnbehandlingen er en sentral del av behandlingstilbudet i TSB. Volumet av oppholdsdøgn er i stor grad styrt av antall døgnplasser (se kapittel 9) som regionene stiller til rådighet og hvilken type behandlingstilbud døgnkapasiteten skal tilby. Mens øyeblikkelig hjelp-tilbudet genererer mange innleggelse av kort varighet, hvor det er naturlig å forvente beleggstill under 100 prosent, vil langtidsbehandlingen bidra med færre innleggelse og mange oppholdsdøgn og i større grad tilnærmet fullt belegg. Volumet av døgnbehandling måles ved innleggelse og oppholdsdøgn og den regionale utviklingen de siste årene er vist i figur 8-8 og figur 8-9. I figur 8-8 er utviklingen av oppholdsdøgn per innbygger presentert og i figur 8-9 er utviklingen av innleggelse per innbygger presentert.

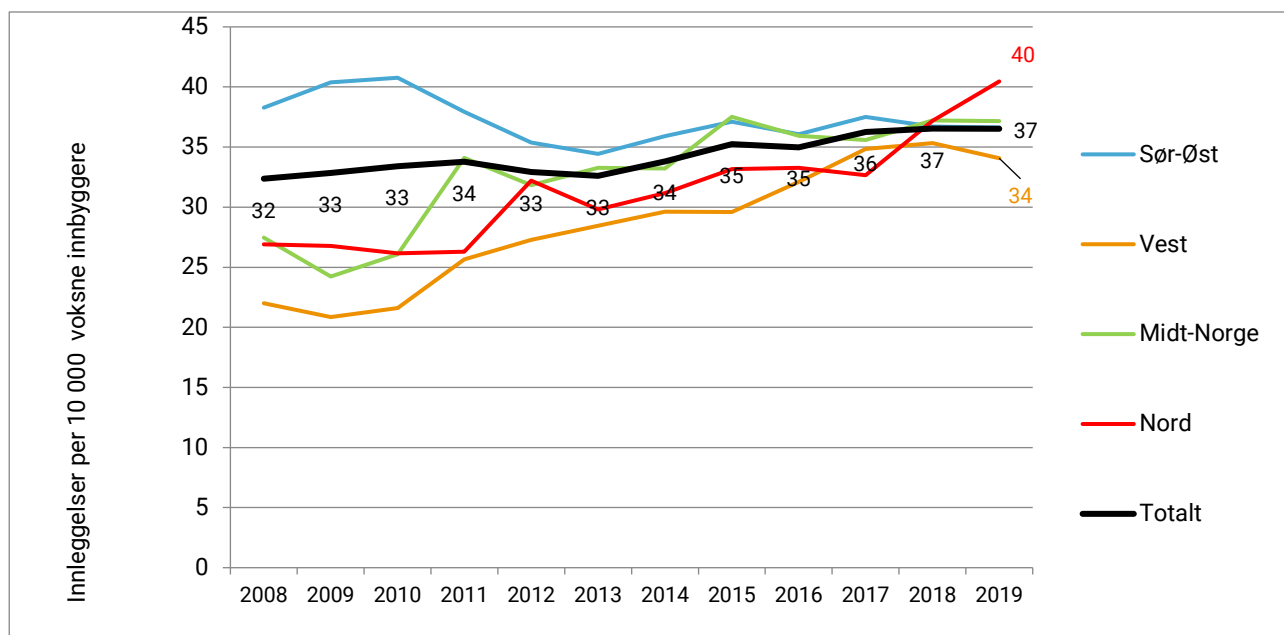
<sup>12</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>



Figur 8-8: Oppholdsdøgn i TSB. Bostedsregion 2008-2019.



Figur 8-9 Innleggelser i TSB. Bostedsregion 2008-2019.

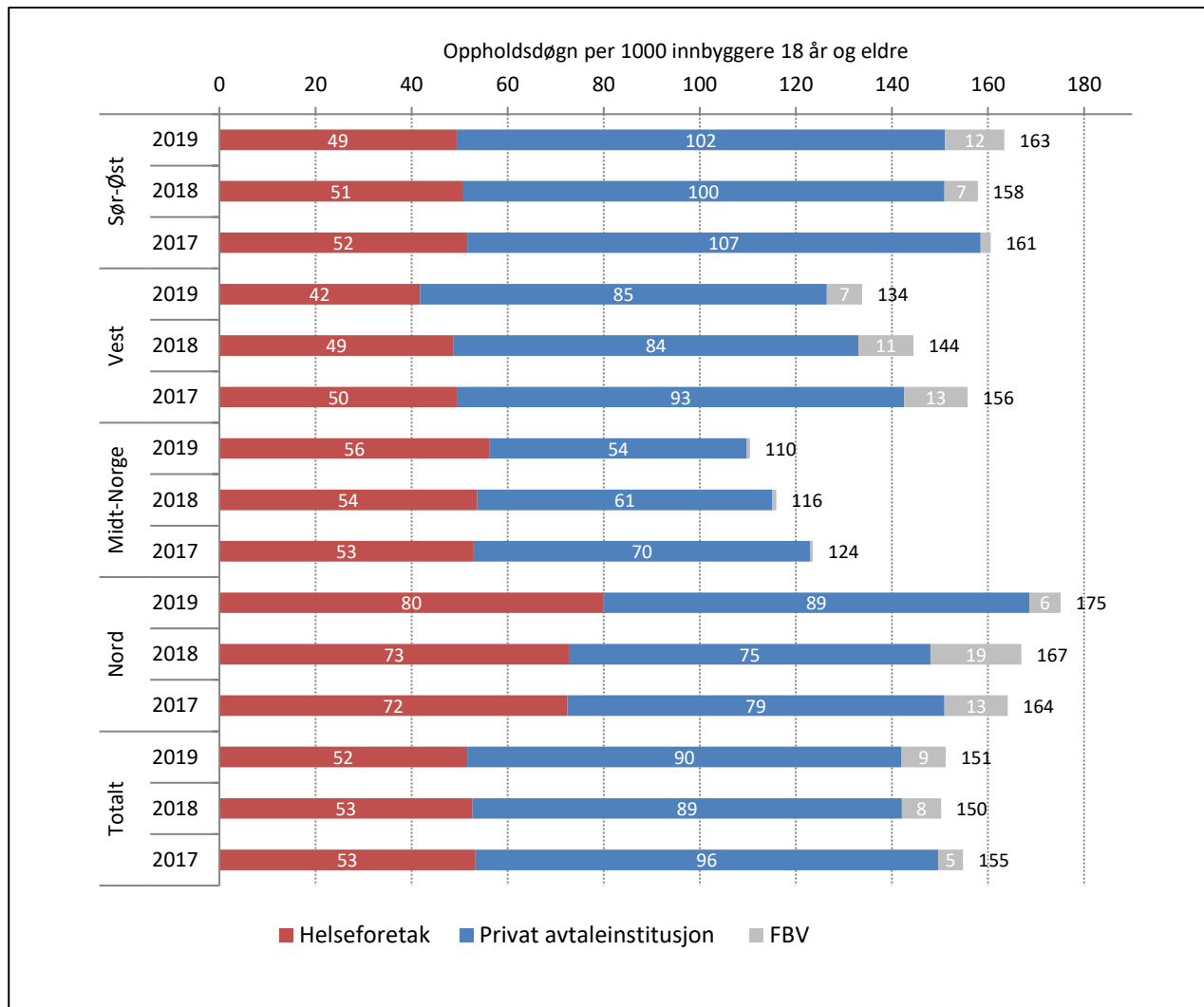


Mens de regionale forskjellene for innleggelser i TSB ble mindre frem mot 2019, var det blitt større forskjeller for oppholdsdøgnene. Trenden i regionene de siste årene har vært en svak reduksjon i antall oppholdsdøgn per innbyggere, mens antall innleggelser har hatt en svak vekst. I Helse Nord var det en vekst både for innleggelser og oppholdsdøgn, mens Helse Midt-Norge har hatt en jevn nedgang i oppholdsdøgn over de siste årene.

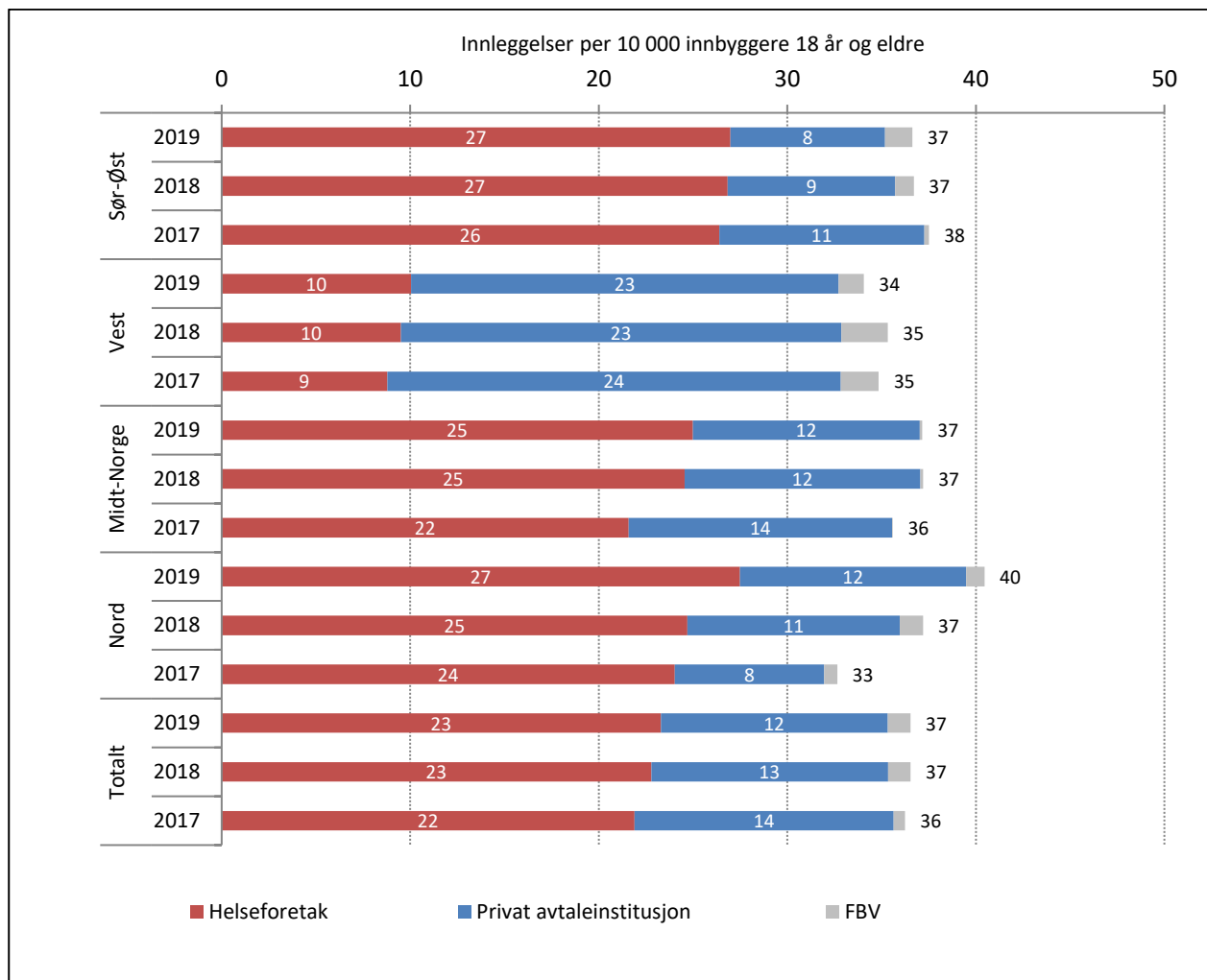
Innen døgnvirksomheten utgjorde private avtaleinstitusjoner innen anbudsinstittuttet en stor andel av behandlingstilbudet i TSB. Med ordningen Fritt behandlingsvalg (FBV), ble også andre private tilbydere

inkludert i behandlingstilbudet. Figur 8-10 og 8-11 viser bidraget fra private avtaleinstitusjonene og godkjente FBV-tilbydere målt ved innleggelses og oppholdsøgn i perioden 2017 til 2019.

Figur 8-10: Oppholdsøgn i TSB fordelt på helseforetak, private avtaleinstitusjoner og FBV. Bostedsregion 2017-2019.



Figur 8-11: Innleggelser i TSB fordelt på helseforetak, private avtaleinstitusjoner og FBV. Bostedsregion 2017-2019.

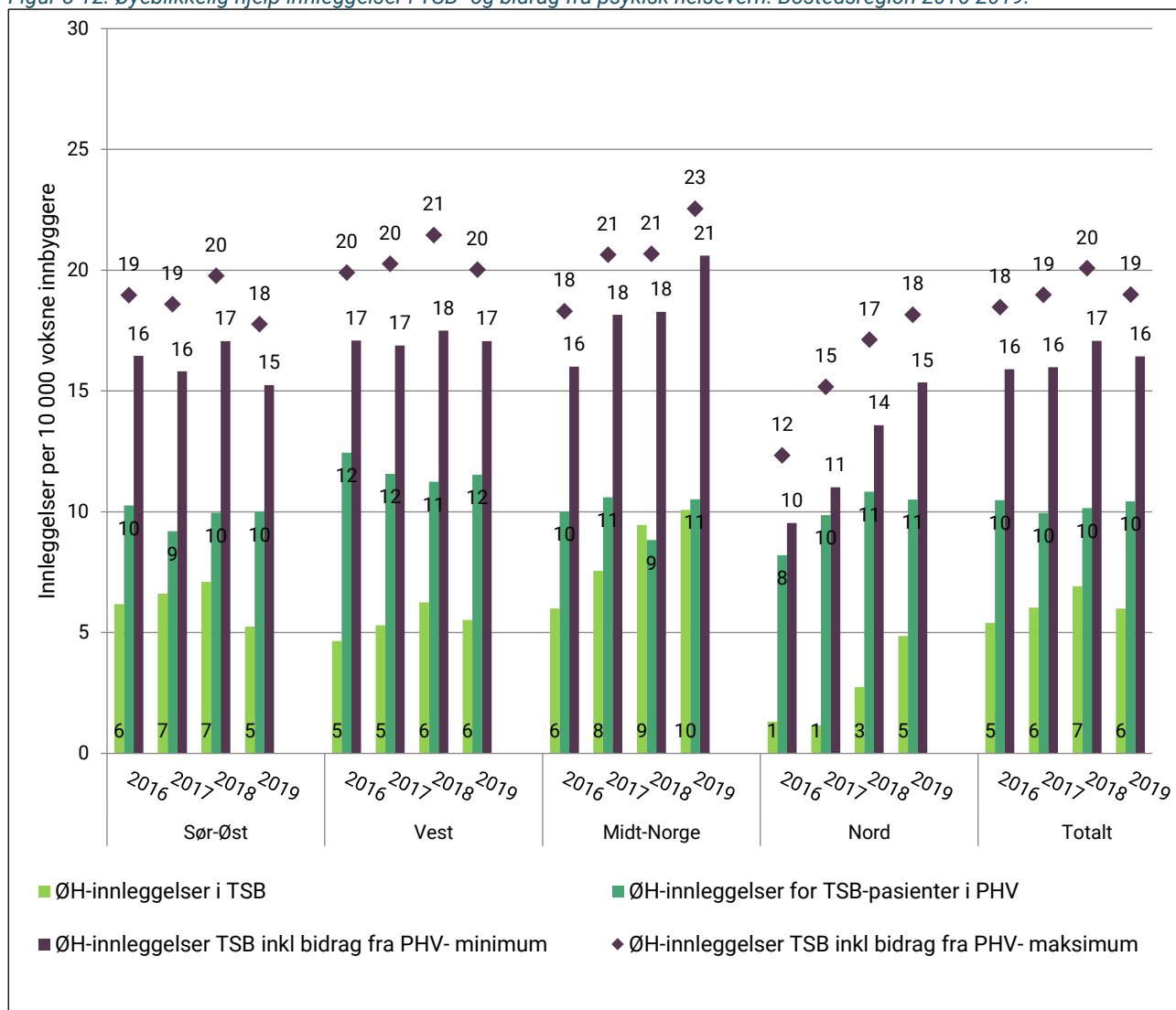


Figur 8-10 og figur 8-11 presenterer dekningsrater etter pasientenes bostedsområde og det vil ikke være fullstendig overensstemmelse med beliggenhetsregionen for de private institusjonene. Når det gjelder de private avtaleinstitusjonene er disse imidlertid ofte lokalisert i samme region som det regionale foretaket de har avtale med. Mens veksten i oppholdsdøgn i 2018 i Nord var kommet med FBV, har dette endret seg til i større grad bruk av avtaleinstitusjonene i 2019. Når det gjaldt innleggelser i helseforetakene var det en økning i alle regionene. Økningen i øyeblikkelig hjelp-innleggelser var med på å forklare dette. Denne beredskapen medførte flere innleggelser, men påvirket ikke bruken av oppholdsdøgn i og med at dette tilbudet i all hovedsak dreier seg om korte døgnopphold.

### 8.5 Bruken av øyeblikkelig hjelp i regionene

Øyeblikkelig hjelp-beredskapen i TSB har økt de siste årene. I tillegg har det vært et visst volum av øyeblikkelig hjelp-innleggelser i psykisk helsevern for TSB-pasientene, som sektoren på sikt vil kunne ta hånd om selv. Det er imidlertid en utfordring å identifisere dette omfanget. For å anslå et samlet volum av øyeblikkelig hjelp-innleggelser for TSB-pasienter, ble øyeblikkelig hjelp-innleggelsene i TSB sammenstilt med et minimums- og et maksimumsanslag for øyeblikkelig hjelp-innleggelser for TSB-pasienter i psykisk helsevern (se avsnitt om datagrunnlaget). Samlet sett kan dette ses på som et intervall for dekningsraten av øyeblikkelig hjelp-innleggelser til befolkningen. Dette er vist i figur 8-12.

Figur 8-12: Øyeblikkelig hjelp-innleggelser i TSB<sup>1</sup> og bidrag fra psykisk helsevern. Bostedsregion 2016-2019.



<sup>1</sup>Antall innleggelser med hastegrad øyeblikkelig hjelp i TSB er underrapportert fra Oslo universitetssykehus HF i 2019. Dette påvirker først og fremst resultatene for Sør-Øst, men også totaltallene for dette året.

I figur 8-12 er innleggelser som øyeblikkelig hjelp per innbygger presentert for 2016-2019 i TSB supplert med øyeblikkelig hjelp-innleggelser som pasientene fra TSB har hatt i psykisk helsevern for voksne. Figuren viser at volumet av øyeblikkelig hjelp-innleggelser innen psykisk helsevern har endret seg lite i løpet av perioden i alle regionene, med unntak av i Nord. Øyeblikkelig hjelp-innleggelser i psykisk helsevern var stabilt til tross for de ulike regionale innslag av øyeblikkelig hjelp i TSB. I Nord var det lite omfang av øyeblikkelig hjelp-innleggelser i TSB, men bidraget fra psykisk helsevern var på linje med de øvrige regionene.

Figur 8-13 viser øyeblikkelig hjelp-innleggelser per innbygger etter bostedsområde i perioden 2016-2019. I figur 8-14 viser øyeblikkelig hjelp-innleggelser per innbygger inklusive minimums og maksimumsanslag for bidraget fra psykisk helsevern.

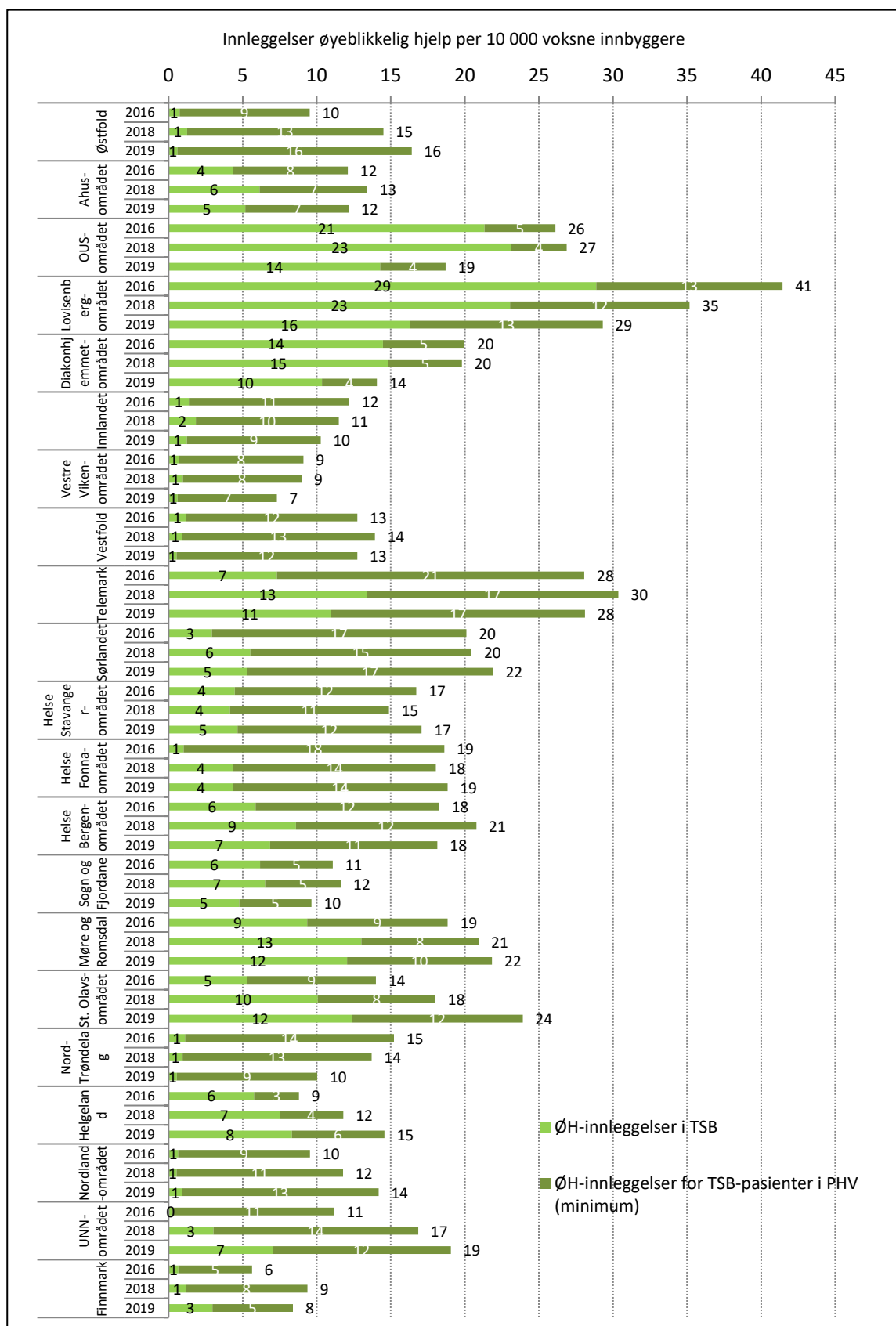
På landsbasis var det i 2019 anslagsvis fra 16 til 19 øyeblikkelig hjelp-innleggelser per 10 000 voksne innbygger for TSB-pasienter, og dette ble gjenfunnet i mange områder. Noen områder lå imidlertid over

dette nivået. Dette var Oslo-området, Telemark og Sørlandet. I Oslo-området var det imidlertid en nedgang i øyeblikkelig hjelp-innleggelser i TSB siste år.

Områdene i Midt-Norge (unntatt Nord-Trøndelag) og Nord ser ut til å ha hatt en økning i innleggelser per innbygger i løpet av perioden 2016-2019. Figuren viser at det i de fleste områdene var et betydelig innslag av øyeblikkelig hjelp-innleggelser i psykisk helsevern.

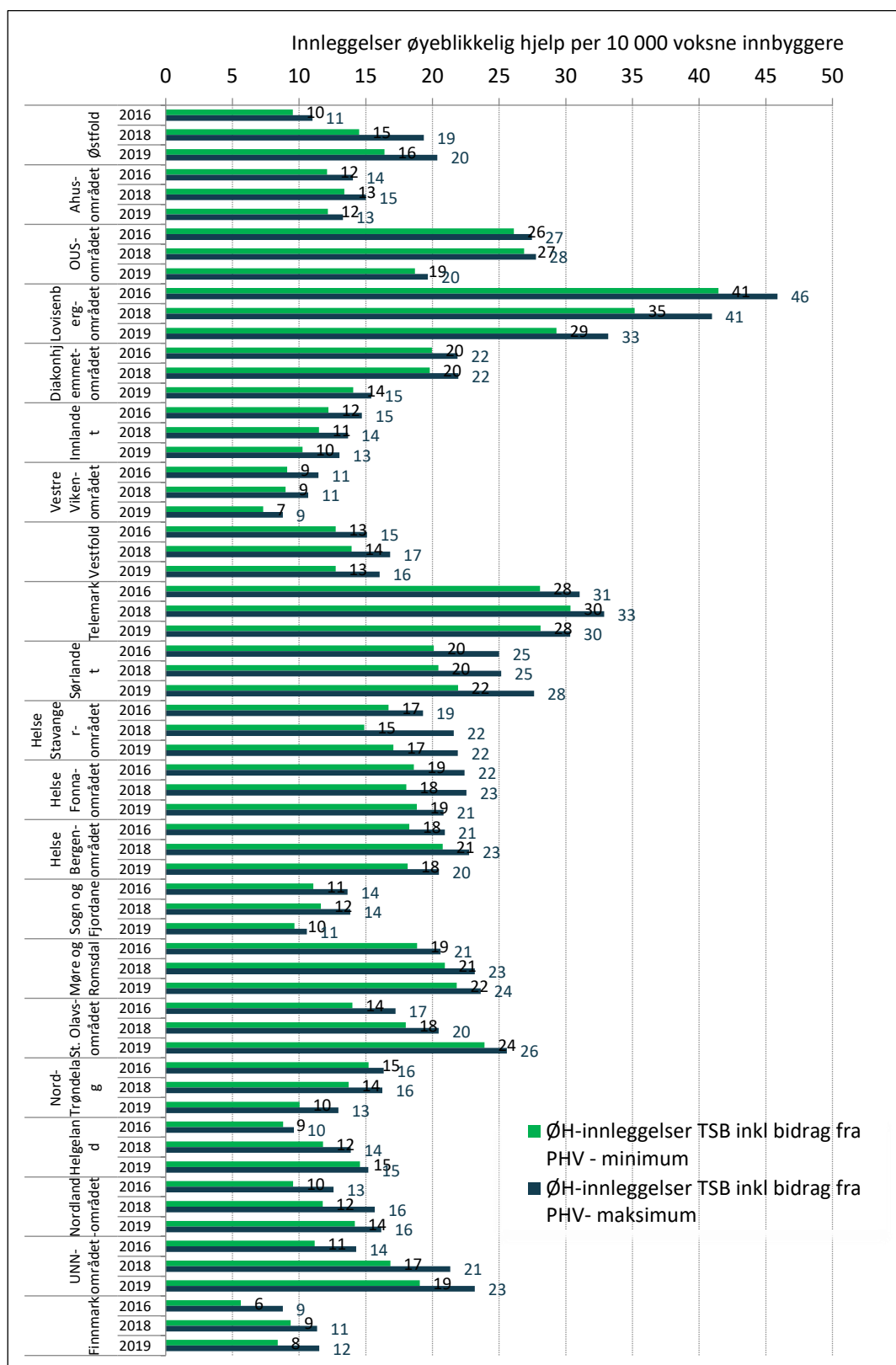
I hvilken grad de ulike kommunale tilbudet har mulighet til å tilby behandlingstjenester som kan kompensere og forklare lave innleggelsesratene som enkelte deler av landet har, kjenner vi ikke til. Legevakt og somatisk spesialisthelsetjeneste vil være to instanser som bidrar med akuttbehandling når det ikke er tilbud om dette innen TSB eller psykisk helsevern og dette må inkluderes for å få et mer komplett bilde av øyeblikkelig hjelp-tilbudet knyttet til pasienter med rusproblematikk.

Figur 8-13: Øyeblikkelig hjelp-innleggelses i TSB<sup>1</sup> og bidrag (minimum) fra psykisk helsevern. Bostedsområde 2016, 2018 og 2019.



<sup>1</sup>Antall innleggelses med hastegrad øyeblikkelig hjelp i TSB er underrapportert fra Oslo universitetssykehus HF i 2019. Dette påvirker først og fremst resultatene for Oslo-området i figuren.

Figur 8-14: Øyeblikkelig hjelp-innleggelses TSB<sup>1</sup> inklusive bidrag fra psykisk helsevern. Minimum og maksimumsanslag. Bostedsområde 2016, 2018 og 2019.



<sup>1</sup>Antall innleggelses med hastegrad øyeblikkelig hjelp i TSB er underrapportert fra Oslo universitetssykehus HF i 2019. Dette påvirker først og fremst resultatene for Oslo-området i figuren.

### **Datagrunnlag øyeblikkelig hjelp-innleggelser**

Datagrunnlaget er de innrapporterte opplysningene til NPR fra helseforetak og private som tilbyr øyeblikkelig hjelp innen TSB og som er identifisert i pasientdata. Det er noen enheter som ikke fullt ut er identifisert gjennom perioden 2015-2019. Dette gjelder Akuttposten ved Sykehuset i Telemark og rusposten ved Helse Fonna. Videre er antall innleggelser som øyeblikkelig hjelp underrapportert ved Oslo universitetssykehus HF i 2019.

Datagrunnlaget for beregning av øyeblikkelig hjelp-innleggelser er basert på pasientopphold med innleggelse ved helseforetak eller private foretak i TSB. Videre er datagrunnlaget supplert med øyeblikkelig hjelp-innleggelser for TSB-pasienter ved foretakene i psykisk helsevern. Når pasienten har en poliklinisk kontakt som er klassifisert som øyeblikkelig hjelp og dette resulterer i en innleggelse ved døgnavdeling, regnes også denne som en øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Det utføres øyeblikkelig hjelp for pasienter i TSB i psykisk helsevern og for å anslå dette bidraget er øyeblikkelig hjelp-innleggelsen i psykisk helsevern for voksne er kodet med en rusrelatert tilstandskode (ICD-10: F10-F19) inkludert. Inklusjonskriteriet ved beregning av *minimumsanslaget* for bidraget fra psykisk helsevern er at pasienten har vært i TSB samme år. Inklusjonskriteriet for beregning av *maksimumsanslaget* er at pasienten har vært i TSB i løpet av årene 2015-2019. Rusrelatert akuttbehandling ved somatiske avdelinger er ikke inkludert i disse tallene.



## **8.6 Poliklinisk tilbud i regionene**

Det polikliniske tilbudet ved helseforetak og avtaleinstitusjoner er i all hovedsak knyttet til pasienter bosatt i tilknytnings- eller avtaleregionen. Utviklingstallene for statistikken over polikliniske kontakter tar ikke hensyn til pasientens bosted. Når det gjelder visningen av den ambulante virksomheten er imidlertid pasientens bostedsregion lagt til grunn for de regionale resultatene.

### **Antall polikliniske kontakter**

På landsbasis økte antall polikliniske kontakter i TSB med 5 prosent fra 2018 til 2019. Den største veksten hadde foretakene i Helse Sør-Øst og Helse Nord. I løpet av 2017-2019 hadde alle regionene en økning i antall kontakter. Fra og med 2017 er innsatsstyrt finansiering (ISF) tatt i bruk som delfinansiering av poliklinisk virksomhet innen psykisk helsevern og TSB.

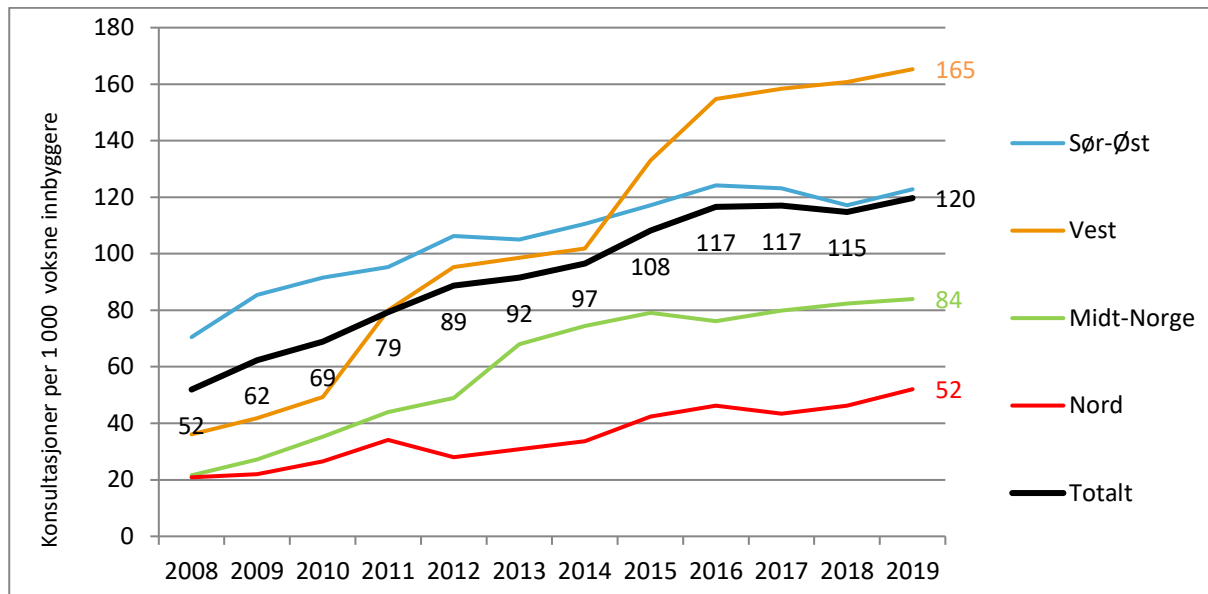
Veksten det siste året i Helse Sør-Øst var på 6 prosent. I tillegg til individualsamtaler var det særlig telefonkonsultasjoner som bidro til økningen, men både ambulante konsultasjoner og samarbeidsmøter med førstelinjetjenesten økte i løpet av det siste året i denne regionen. Veksten i Helse Vest var på 4 prosent og også i denne regionen bidro flere individualsamtaler og telefonkonsultasjoner til veksten i tillegg til flere samarbeidsmøter med førstelinjetjenesten. I Helse Midt-Norge var økningen på 3 prosent siste år og veksten i antall konsultasjoner var knyttet til individualsamtaler og gruppebehandling. Når det gjelder gruppebehandling utgjør dette tilbudet en høyere andel av den polikliniske virksomheten i Helse Midt-Norge sammenlignet med de øvrige tre regionene. Veksten i poliklinisk aktivitet i Helse Nord utgjorde 13 prosent siste år. Regionen har imidlertid fremdeles en betydelig lavere poliklinisk virksomhet sammenlignet med de øvrige regionene. Veksten i regionen var knyttet til flere individualsamtaler og samtaler med familie/pårørende ved institusjonen, men også knyttet til økt bruk av telefonkonsultasjoner.

Innen det polikliniske tilbudet utgjorde kontakter med pasienter på LAR en tredjedel av virksomheten. I Helse Vest og Helse Nord utgjorde dette hhv. 50 og 40 prosent av virksomheten, mens den i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge utgjorde hhv. ¼ og 1/6 av alle kontaktene. Antall kontakter knyttet til denne pasientgruppen økte i Helse Sør-Øst og i Helse Vest i løpet av de siste tre årene. Kontakt med pasienter på LAR utgjorde en betydelig andel av den polikliniske virksomheten i Helse Vest og i Helse Sør-Øst og antall kontakter innen tilbudet til denne pasientgruppen økte med 2 prosent siste år og 9 prosent i løpet av perioden 2017-2019.

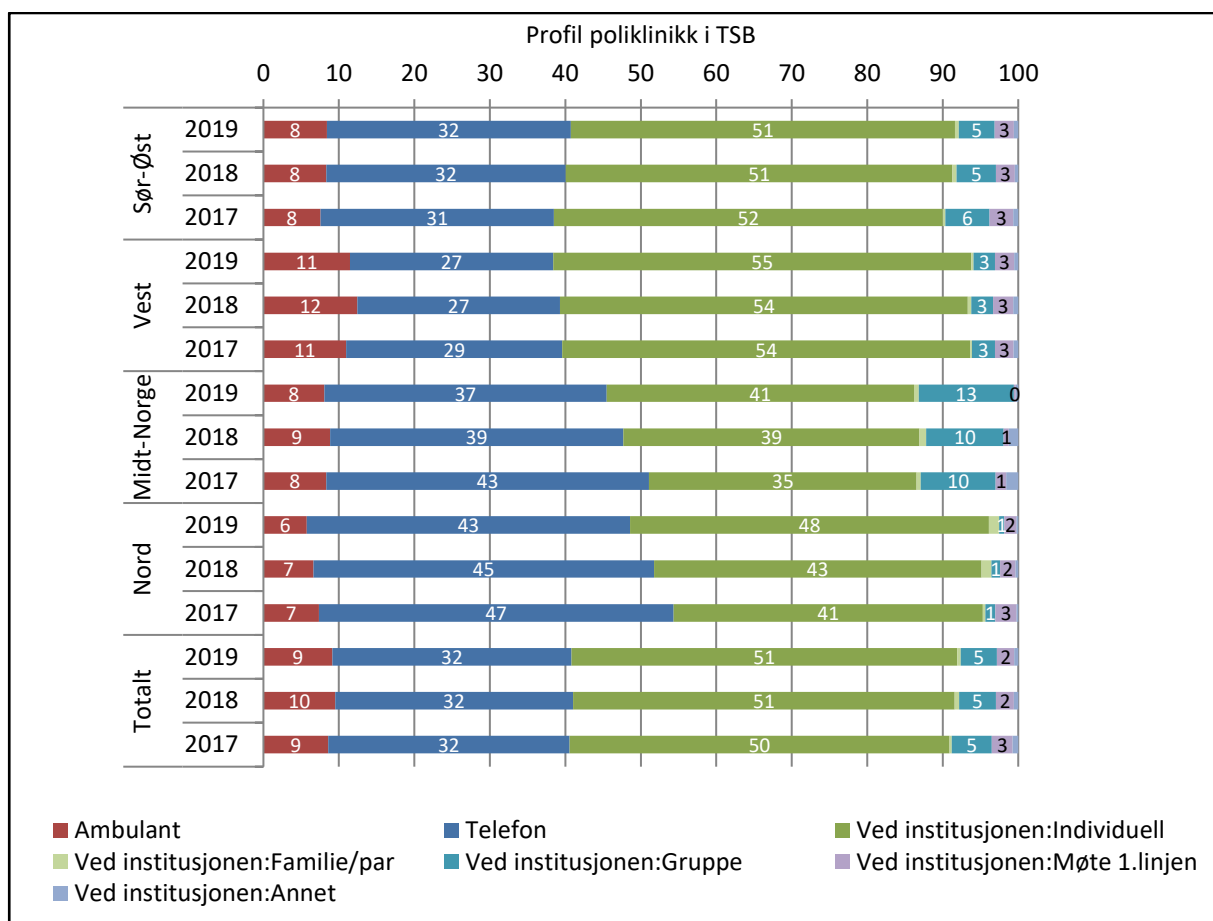
### **Polikliniske kontakter per innbygger**

Figur 8-15 viser poliklinisk virksomhet i TSB relatert til befolkningsgrunnlaget i regionene i perioden 2008-2019. I figur 8-16 er profilene i regionenes polikliniske tilbudet presentert for perioden 2017-2019. Figuren synliggjør forskjeller mellom og dreininger innad i regionene når det gjelder den polikliniske virksomheten i løpet av disse tre årene.

Figur 8-15: Polikliniske kontakter i TSB. Rate per 1 000 innbyggere 18 år og eldre. Tilknytningsregion 2008-2019.



Figur 8-16: Profilene i det polikliniske tilbudet i TSB ved foretakene. Tilknytningsregion 2017-2019.



Veksten i poliklinisk virksomhet i TSB stoppet opp i perioden 2016-2018, men fortsatte å øke siste år. Dette kan skyldes at innsatsstyrt finansiering (ISF) for poliklinikkene (2017) har krevd en del ekstra oppmerksomhet, men som nå er blitt mer innarbeidet i virksomhetene. Innen ISF er det ikke etablert et sektorskille mellom TSB og psykisk helsevern for voksne. Det har også vært utfordringer med å

sammenstille pasientklassifiseringen (DRG) og det tradisjonelle nasjonale datagrunnlaget og dette har medført at sektorspesifikke analyser av ISF fra 2017 ikke har blitt inkludert i sektorstatistikken i SAMDATA ennå.

Den tradisjonelle polikliniske virksomhet med individualsamtaler med pasienten tilstede ved institusjonen, økte i alle regionene. Profilene i det polikliniske tilbudet i figur 8-16 viser at dette utgjorde om lag halvparten av den polikliniske virksomheten i tre av regionene i 2019 i Helse Midt-Norge og i Helse Nord gikk andel telefonkonsultasjoner ned mens andel individualkonsultasjoner økte i løpet av treårsperioden. Midt-Norge har imidlertid en lavere andel individualkonsultasjoner og en større andel gruppekonsultasjoner enn de øvrige regionene.

Virksomhet utenfor institusjonen (ambulant kontakt) er ressurskrevende og har hatt en beskjeden vekst og utgjorde fremdeles bare 9 prosent av de polikliniske kontaktene. Bruken av telefonkonsultasjoner økte i omfang men utgjorde fremdeles omlag en tredjedel av virksomheten. Samarbeidsmøter med førstelinjetjenesten har økt, men dette har i stadig større grad blitt løst ved telefonkontakt eller møter utenfor institusjonen (ambulant kontakt).

Den poliklinisk virksomhet i regionene i perioden 2013-2017 er beskrevet i en egen publisasjon <sup>13</sup>.

### **Ambulant virksomhet**

Ambulante behandlingstjenester er et tilbud som er rettet mot pasienter som av ulike grunner ikke er i stand til å møte til avtalt tid ved institusjonen eller som trenger særlig oppfølging i hjemmet eller andre steder. De ambulante tjenestene er ofte organisert som team som gjør forarbeid og etterarbeid ved institusjonen i tillegg til å oppsøke pasienten og samarbeidsparter utenfor institusjonen. Ved innrapportering av pasientrelatert virksomhet til Norsk pasientregister mangler det en god klassifisering av de enhetene som tilbyr tjenestetilbudet. Dette gjør det blant annet vanskelig å beskrive de samlede tilbudet som utføres av de ambulante teamene. Vi er derfor henvist til å avgrense de ambulante tjenestene til den ambulante virksomheten eller med andre ord de polikliniske kontaktene som finner sted utenfor institusjonenes lokaler.

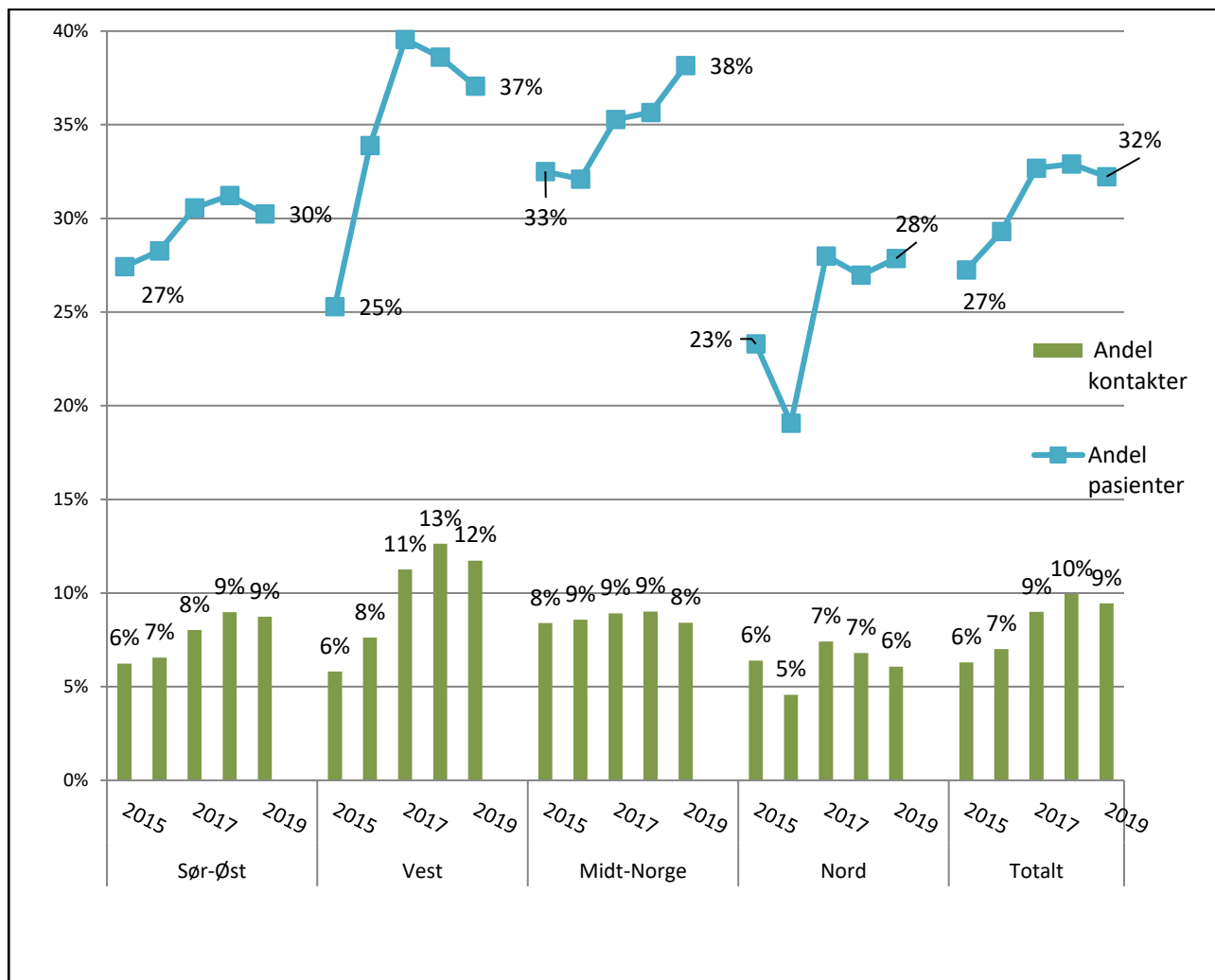
I pasientdata har vi opplysninger om *sted for tjenesten* som pasienten har mottatt. Vi vet hvorvidt tjenesten har funnet sted ved institusjonen eller annet sted. Videre ble det i 2016 innført en takst til bruk for registrering av ambulant virksomhet som i ISF ble videreført i form av særkode. Det vil si at angitt takst/særkode eller informasjon om at kontakten hadde funnet sted *utenfor* institusjonen er inklusjonskriteriet for ambulant kontakt. Dette betyr imidlertid at definisjonen omfatter en rekke typer kontakter som naturlig finner sted i andre lokaler eksempelvis møter med førstelinjetjenesten, med pårørende, med NAV i tillegg til de oppsøkende tjenestene som er etablert for å fange opp pasienter som uteblir fra avtalt behandling.

Ambulant virksomhet i regionene er beskrevet i form av andel av all dagbasert/poliklinisk virksomhet og andel av de korresponderende pasientene som blir berørt og presentert i figur 8-17.

---

<sup>13</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/poliklinisk-rusbehandling-2013-2017>

Figur 8-17: Ambulant virksomhet. Bostedsregion 2015-2019.



Den ambulante virksomheten utgjorde i underkant av ti prosent det dagbaserte og/eller polikliniske virksomheten i sektoren og om lag en tredjedel av pasientene var omfattet av en eller flere ambulante kontakter. Endringene de siste årene tyder på en økning i andel ambulante kontakter og at det berører en større andel av pasientgruppen som mottar dagtilbud eller poliklinisk tilbud i løpet av perioden 2015-2019. Det synes å være forskjeller mellom regionene i bruken av ambulante kontakter. I Vest utgjør dette 12 prosent av dagbasert eller poliklinisk tilbud, mens i Nord utgjør ambulant virksomhet 6 prosent.

### Datagrunnlag poliklinisk virksomhet

Datagrunnlaget for dagbaserte og polikliniske konsultasjoner var de samlede innrapporterte kontakter til NPR. Innrapporteringen i 2017 åpnet for muligheten til å rapportere utdeling av LAR-medikament uten samtidig poliklinisk konsultasjon (ICD10: Z50.30). Denne virksomheten genererer mange kontakter i og med at utdelingen av medikamenter ofte skjer hyppig og regelmessig. LAR-poliklinikker med ansvar for utdeling av LAR-medikamenter har blitt opprettet ved enkelte helseforetak. Denne tjenesten var tidligere i all hovedsak organisert av instanser utenfor helseforetakene (LAR-sentre, apoteker, etc.). Utdeling av LAR-medikament uten poliklinisk konsultasjon er ekskludert fra statistikken over dagbasert og polikliniske virksomhet i TSB.

Definisjonen av ambulant virksomhet ble basert på følgende kode for attributtet *Sted for aktivitet (OID=8434)*<sup>14</sup>: 2=Hos ekstern instans, 4= Hjemme hos pasienten, 5= Annet ambulant sted og 9=Annet sted. I tillegg er kontakter med takst P17/P27 (2016-2017) eller særkode B0015 (2018)<sup>15</sup> (*Ambulant konsultasjon særskilt begrunnet i pasientens behov*) inkludert som ambulant virksomhet. Registreringen av særkode ble angitt for over 70 prosent av de ambulante kontaktene i 2018. Med innføringen av takst i 2016 ble imidlertid denne også benyttet for konsultasjoner ved egen institusjon og dette bidro betydelig (en tredjedel) til veksten av ambulante konsultasjoner fra 2015-2016. Omfanget av denne rapporteringen ble mindre frem til 2018. På grunn av slike forskjeller i bruk av takst/særkoder og ulik forståelse av hvordan registreringsregler begrunnet i finansieringsøyemed skal operasjonaliseres, må utviklingstall tolkes med forsiktighet. Vi ser i denne sammenhengen på andeler av virksomheten heller enn volumtall og dekningsrater. Samlet sett vil trolig denne definisjonen gi et anslag på det samlede innslaget av ambulant virksomhet som tilbys pasientene innen det dagbaserte og polikliniske tilbudet.

Profilene i det polikliniske tilbudet er basert på bruk av informasjon fra NPR-meldingen, takster og særkoder knyttet til ISF for perioden 2017-2019.

---

<sup>14</sup> <https://volven.no/produkt.asp?id=392398&catID=3&subID=8>

<sup>15</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf#regelverk-2018>

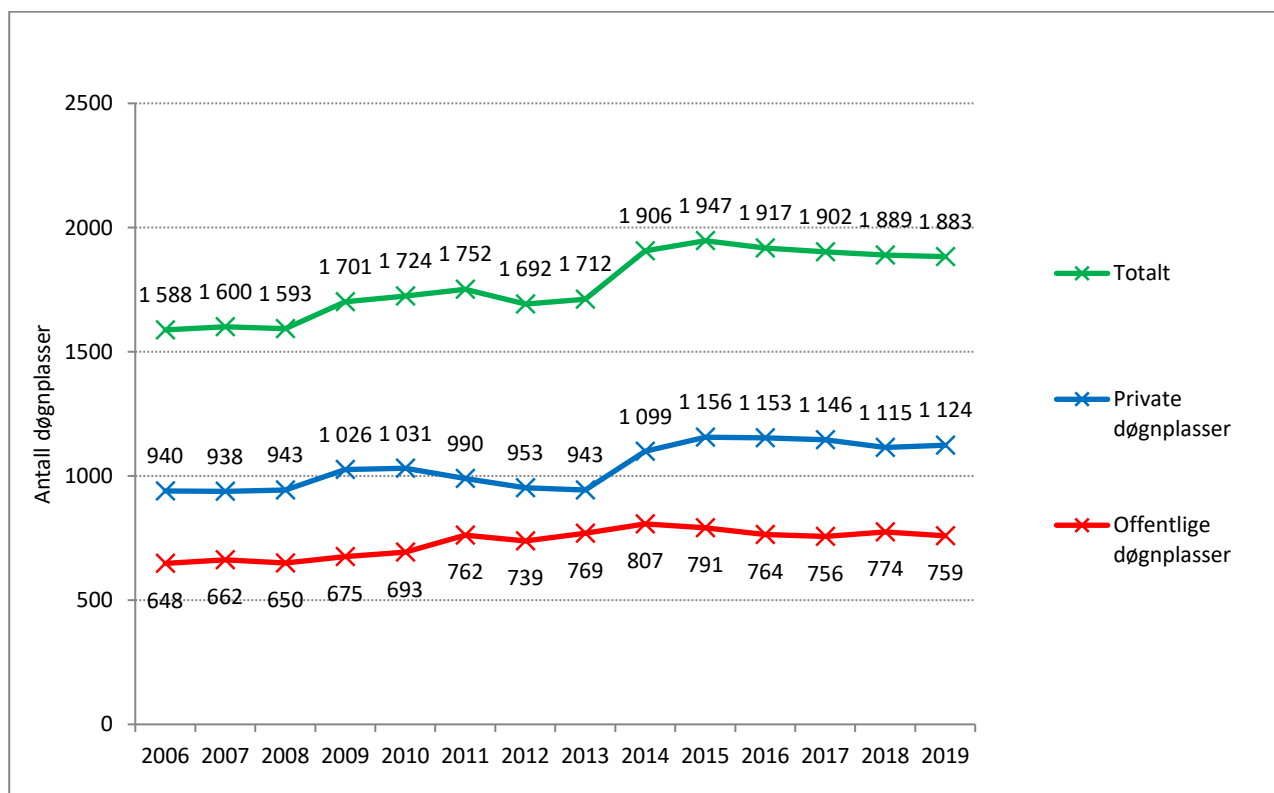
# 9. Døgnplasser i TSB

## 9.1 Antall døgnplasser ved helseforetak og private avtaleinstitusjoner

Antall døgnplasser gir en indikasjon på kapasiteten i døgntilbudet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Statistikken baserer seg på en opptelling av antall døgnplasser ved utgangen av året. Dette er informasjon som kartlegges årlig gjennom samleoppgaver som innhentes av SSB på skjema 38<sup>16</sup>. Antall døgnplasser omfatter det totale antall plasser som er tilrettelagt med tilpasset bemanning og som legger en ytre ramme for den planlagte døgnkapasiteten innen denne sektoren. Om lag 60 prosent av døgnplassene er lokalisert ved private avtaleinstitusjoner og dette er primært ideelle private foretak. Avtalene har til en viss grad fått en ytre ramme som gir preg av langsiktighet, men det er de årlige ytelsesavtalene som presiserer bidraget fra de private avtaleinstitusjonene.

Utviklingen over perioden 2008 til 2019, fordelt på døgnplasser ved offentlige helseforetak og private avtaleinstitusjoner, er vist i figur 9-1.

Figur 9-1: Antall døgnplasser i TSB ved offentlige behandlingssteder og private avtaleinstitusjoner i perioden 2006-2018.



<sup>16</sup> <https://www.ssb.no/innrapportering/naeringsliv/helseforetak>.

Figur 9-1 viser at veksten i antall døgnplasser i perioden 2013-2015 ble avløst av en svak men avtagende nedgang frem til 2019. I oppdragsdokumentene fra Helse – og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2014<sup>17</sup> ble det angitt måltall for vekst i antall døgnplasser i TSB for hver region. 200 flere avtaleplasser skulle etableres hos private ideelle virksomheter, fordelt på 110 plasser i Helse Sør-Øst, 40 plasser i Helse Vest og 25 plasser i Helse Midt-Norge og 25 plasser i Helse Nord. I tillegg ble basisbevilgningen til regionene styrket for å øke kjøp fra private innen psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Kapasitetsøkningen innen TSB skulle bidra til flere langtidsplasser og til økt behandlingsskapitet for pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser, akutt- og abstinensbehandling, gravide/familier med rusproblemer og unge med mer omfattende hjelpebehov. Helse Sør-Øst hadde oppfylt måltallet ved utgangen av 2014, men siden har antall døgnplasser ved private foretak gått ned. Helse Vest nådde sitt måltall i 2015. Helse Nord nådde sitt måltall i 2014 gjennom å videreføre og utvide sine rammeavtaler, mens Helse Midt-Norge ikke har nådde sitt måltall.

I tabell 9-1 er antall døgnplasser i regionene ved utgangen av 2019 presentert. I tillegg er endringer i antall døgnplasser fra 2013 til 2019 og fra 2018 til 2019 presentert.

**Tabell 9-1 Antall døgnplasser i TSB i 2019 og endring i antall døgnplasser fra 2013 og 2018 etter tilknytningsregion.**

Region	Døgnplasser 2019			Endring i antall døgnplasser fra 2013			Endring i antall døgnplasser fra 2018		
	Offentlig	Privat	Totalt	Offentlig	Privat	Totalt	Offentlig	Privat	Totalt
Helse Sør-Øst	411	709	1120	-22	118	96	-19	12	-7
Helse Vest	136	219	355	-8	47	39	-6	0	-6
Helse Midt-Norge	109	105	214	5	-9	-4	10	-3	7
Helse Nord	103	91	194	15	25	40	0	0	0
Totalt	759	1124	1883	-10	181	171	-15	9	-6

I perioden 2013 til 2019 har det vært en samlet økning på 171 døgnplasser i TSB. Økningen var primært knyttet til de private avtaleinstitusjonene. Siste år var det en nedgang på 6 døgnplasser.

I løpet av det siste året ble døgnplasskapasiteten ved helseforetakene redusert med 15 døgnplasser. Samtidig ble det 9 flere private avtaleplasser som primært var knyttet til Helse Sør-Øst.

Det offentlige tilbudet ivaretar i stor grad tilbudet om øyeblikkelig hjelp innen TSB. Omfanget av akuttplasser innhentes gjennom samleoppgavene som rapporteres til SSB, men kvaliteten og komplettheten i disse opplysningene er fremdeles ikke tilfredsstillende. Kartleggingen av akuttilbudet for rusmiddelavhengige som ble gjennomført av Nasjonal kompetansetjeneste TSB ved Oslo universitetssykehus for noen år siden, konkluderte med at det var store forskjeller i omfang og innhold<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

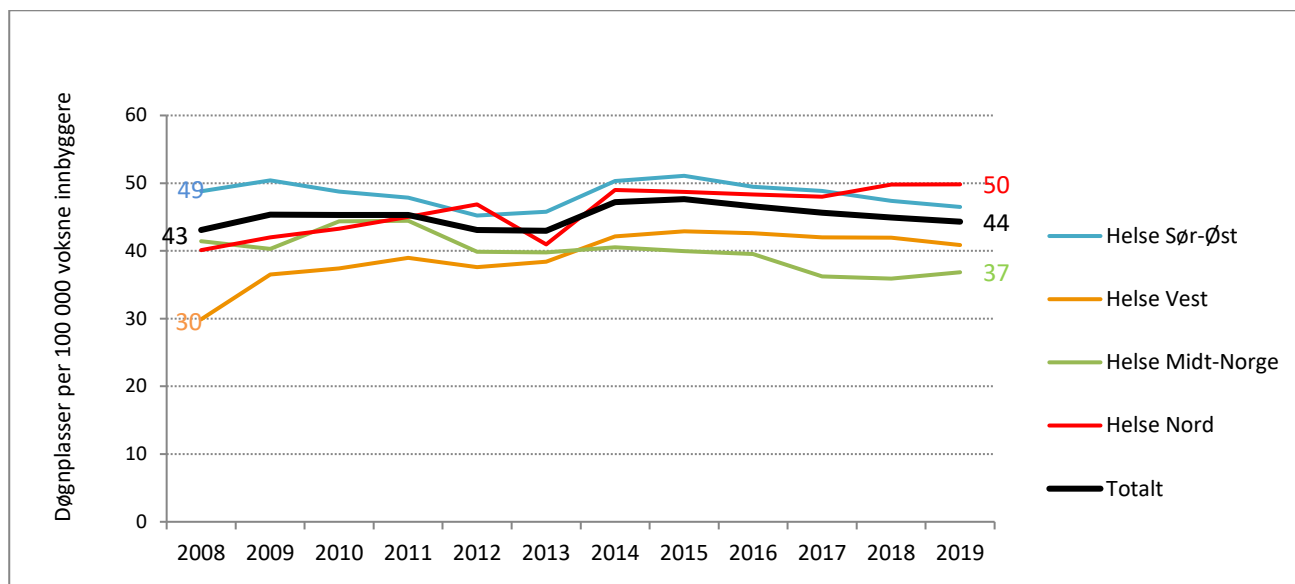
<sup>18</sup> <https://rop.no/aktuelt/hva-er-et-godt-akuttilbud-for-ruspasienter/>

## 9.2 Antall døgnplasser relatert til befolkningsgrunnlaget

I regionenes «sørge for» ansvar ligger det også et ansvar om å tilby en kapasitet innen døgnbehandlingstilbudet som er tilpasset regionens befolkningsgrunnlag.

I figur 9-2 er utviklingstall for dekningsratene i regionene presentert. Dekningsraten er antall døgnplasser per 100 000 voksne innbyggere.

Figur 9-2: Dekningsrate for døgnplasser i TSB. Tilknytningsregion 2008-2019.



Dekningsraten i regionene viser en svak nedgang det siste året på grunn av at manglende vekst i døgnplasser ikke kompenserer for befolkningsveksten. Gjennom perioden 2008 til 2018 hadde Helse Sør-Øst stort sett tilbudt den høyeste dekningsraten sammenlignet med de øvrige regionene. Helse Vest hadde den laveste dekningsraten i 2008, men økte kapasiteten i 2013 og har siden hatt ett stabilt nivået frem til slutten av perioden. Helse Midt-Norge hadde i 2014 en lavere dekningsrate for døgnplasser i TSB sammenlignet med de øvrige regionene, og regionen reduserte dekningsraten ytterligere fra 2016 til 2018.

## 9.3 Grunnlagstabell for døgnplasser

En oversikt over antall døgnplasser i TSB ved helseforetak og private avtaleinstitusjoner i regionene er presentert i tabell 9-2. Ordningen fritt behandlingsvalg (FBV) inkluderer ikke inngåelse om avtaleplasser og er derfor ikke inkludert i tabellen over døgnkapasitet.



**Tabell 9-2 Antall døgnplasser i TSB i perioden 2008-2018. Tilknytningsregion 2008-2019.**

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Helse Sør-Øst	Offentlig	423	442	431	428	408	433	445	446	421	421	430	411
	Privat	590	619	611	613	590	591	698	729	730	729	697	709
	Totalt	1 013	1 061	1 042	1 041	998	1 024	1 143	1 175	1 151	1 150	1 127	1 120
Helse Vest	Offentlig	45	56	68	126	132	144	159	145	145	141	142	136
	Privat	180	224	224	183	172	172	193	217	217	218	219	219
	Totalt	225	280	292	309	304	316	352	362	362	359	361	355
Helse Midt-Norge	Offentlig	111	101	112	118	101	104	108	105	103	99	99	109
	Privat	101	108	121	119	115	114	117	119	115	108	108	105
	Totalt	212	209	233	237	216	218	225	224	218	207	207	214
Helse Nord	Offentlig	71	76	82	90	98	88	95	95	95	95	103	103
	Privat	72	75	75	75	76	66	91	91	91	91	91	91
	Totalt	143	151	157	165	174	154	186	186	186	186	194	194
Totalt	Offentlig	650	675	693	762	739	769	807	791	764	756	774	759
	Privat	943	1 026	1 031	990	953	943	1 099	1 156	1 153	1 146	1 115	1 124
	Totalt	1 593	1 701	1 724	1 752	1 692	1 712	1 906	1 947	1 917	1 902	1 889	1 883

# 10. Døgnbehandling i TSB

Døgnbehandlingen utgjør en betydelig del av behandlingstilbudet innen TSB. Det polikliniske tilbudet har økt innen rusbehandling, men fremdeles er om lag halvparten av de polikliniske konsultasjonene knyttet til kontakter som finner sted ved institusjonen og er i realiteten et tilbud til et utvalg av pasientene; de pasientene som klarer å møte opp. Når vi ser på tilgjengeligheten av døgnbehandling målt ved døgnpasienter per innbygger, synes tilbudet å ha en god geografisk fordeling slik det har vært organisert de siste årene. Innholdet har imidlertid endret seg, med flere øyeblikkelig hjelp – innleggelser ved helseforetakene og regionale forskjeller i bruken av private avtaleinstitusjoner.

## 10.1 Innleggelser som øyeblikkelig hjelp ved foretakene

Ved helseforetakene har det gjennom flere år blitt etablert beredskap for å ivareta plikten til å tilby øyeblikkelig hjelp innen sektoren<sup>19</sup>. Antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser har dermed økt og utgjør stadig en betydelig andel av innleggelsene ved helseforetakene. Dette er innleggelser som ofte resulterer i korte opphold og som ikke medfører stor økning i antall oppholdsdøgn. I tabell 10-1 er omfanget av øyeblikkelig hjelp-innleggelser i TSB presentert for perioden fra 2016 til 2019.

**Tabell 10-1: Andel (prosent) innleggelser for døgnbehandling som øyeblikkelig hjelp ved helseforetakene og ved private avtaleinstitusjoner i TSB i perioden 2016-2019.**

Behandlingssted		Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser (prosent)				Innleggelser ved HF/ private foretak	
		2016	2017	2018	2019	Antall i 2019	Prosent endring 2016-19
HF	Sør-Øst	29	28	31	29	6319	13
	Vest	32	35	39	38	842	36
	Midt-Norge	29	38	43	45	1407	24
	Nord	6	5	13	20	1048	12
	Totalt	26	27	31	31	9616	16
Privat foretak		4	4	5	4	5531	-3
Totalt		17	18	21	21	15147	8

Tabell 10-1 viser at 31 prosent av innleggelsene ved helseforetakene var øyeblikkelig hjelp-innleggelser i 2019. Ved helseforetakene utgjør øyeblikkelig hjelp-innleggelser en betydelig andel av døgnvirksomheten. Blant de private institusjonene er det få institusjonene som har akuttberedskap.

<sup>19</sup> [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)

## 10.2 Varigheten av døgnbehandlingen ved foretakene

Døgntilbudet i TSB tilbys både ved helseforetakene og ved private foretak. Behandlingstilbudet ved helseforetak og private foretak er ulikt i regionene og varigheten av døgnbehandlingen i helseforetakene og ved de private institusjonene er presentert separat i tabell 10-2.

**Tabell 10-2: Varigheten av døgnbehandlingen etter behandlingssted. Utskrivninger fra helseforetak og private avtaleinstitusjoner i 2016-2019.**

Behandlings- sted	Region <sup>1</sup>	2016		2017		2018		2019	
		Median dager	Estimert trimpunkt (95% grense)	Median dager	Estimert trimpunkt (95% grense)	Median dager	Estimert trimpunkt (95% grense)	Median dager	Estimert trimpunkt (95% grense)
HF	Sør-Øst	10	41,5	10	39	9	31,5	9	31,5
	Vest	25,5	190,5	22	153,5	20	121,5	18	101,5
	Midt-Norge	11	83	8	63	8	63	7	52
	Nord	20	106,75	17	98,25	15	97	15	92
	Totalt	12	51,5	11	46,5	10	44	10	44
Private foretak	Sør-Øst	56	387,5	44,5	354	69	401	77	394,5
	Vest	19	89	18	91,5	15	89,5	16	102
	Midt-Norge	11	120	14	131	14	127	13	92
	Nord	41	339,5	45	383,75	22	277,5	21	242,5
	Totalt	22	230,5	21	213	22	223	26	218
Totalt		14	111	14	97,5	13	95	13	92,5

<sup>1</sup>Antall utskrivninger ved regionens helseforetak er fordelt etter *tilknytningsregion* og utskrivninger ved private døgninstitusjoner er fordelt etter pasientens *bostedsregion*.

Varigheten av døgnbehandling ved helseforetakene hadde samlet sett en medianverdi på 10 dager i 2019. Dette betyr at halvparten av døgnbehandlingene ved helseforetakene var avsluttet i løpet av 10 dager. Den estimerte 95 prosent grensen (trimpunkt) var på 44 dager i 2019. Dette betyr at de fem prosent lengste døgnbehandlingene hadde anslagsvis 44 dagers varighet eller mer dette året og dette trimpunktet var uendret fra 2018. I 2016 var trimpunktet på 52 dager og betyr at de lengste døgnbehandlingene var lengre for tre år siden.

Døgnbehandlingen ved de private foretakene inkluderer avtaleinstitusjoner og institusjoner med avtale om fritt behandlingsvalg (FBV). Døgnbehandlingene ved de private foretakene hadde en median varighet på om lag 26 dager i 2019 og omlag 95 prosent av døgnbehandlingene var avsluttet innen 218 dager.

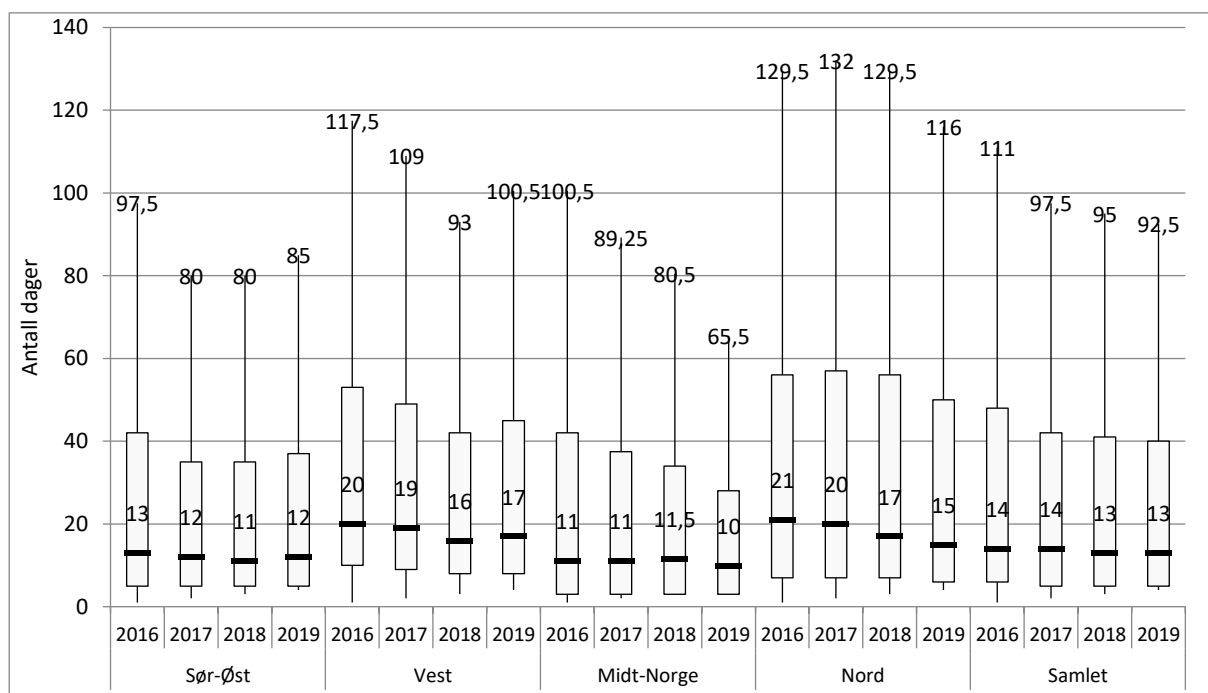
For helseforetak og private foretak samlet sett, var median varighet av døgnbehandling på 13 dager og 95 prosent av døgnbehandlingene var avsluttet innen 93 dager i 2019.

Det var store forskjeller mellom regionene med hensyn til døgnbehandlingens varighet; både ved helseforetakene og ved de private foretakene. Døgnbehandlingen ved helseforetakene i Helse Vest og i Helse Nord var gjennomgående lengre enn ved helseforetakene i Helse Sør-Øst og i Helse Midt-Norge.

Samtidig ble døgntillegget ved helseforetakene i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord noe kortere i løpet av perioden.

I figur 10-1 er varigheten av døgntillegg basert på alle utskrivningene ved foretakene i løpet av 2016-2019 presentert ved bruk av boksplott (se avsnitt 10.4). Median varighet og estimert trimpunkt er tallfestet i figuren.

Figur 10-1: Varigheten av døgntillegget ved helseforetak og private foretak i regionene. Varigheten er beskrevet ved boksplott.



Figur 10-1 illustrerer varigheten av døgntillegget ved helseforetakene inklusive bidraget fra døgntillegget ved de private foretak i løpet av perioden 2016-2019. I Helse Vest og i Helse Midt-Norge var det en tendens til kortere døgntillegg i løpet av denne perioden. Døgntilleggene ved foretakene i Helse Sør-Øst og Midt-Norge i 2019 var noe kortere sammenlignet med Helse Vest og Helse Nord.

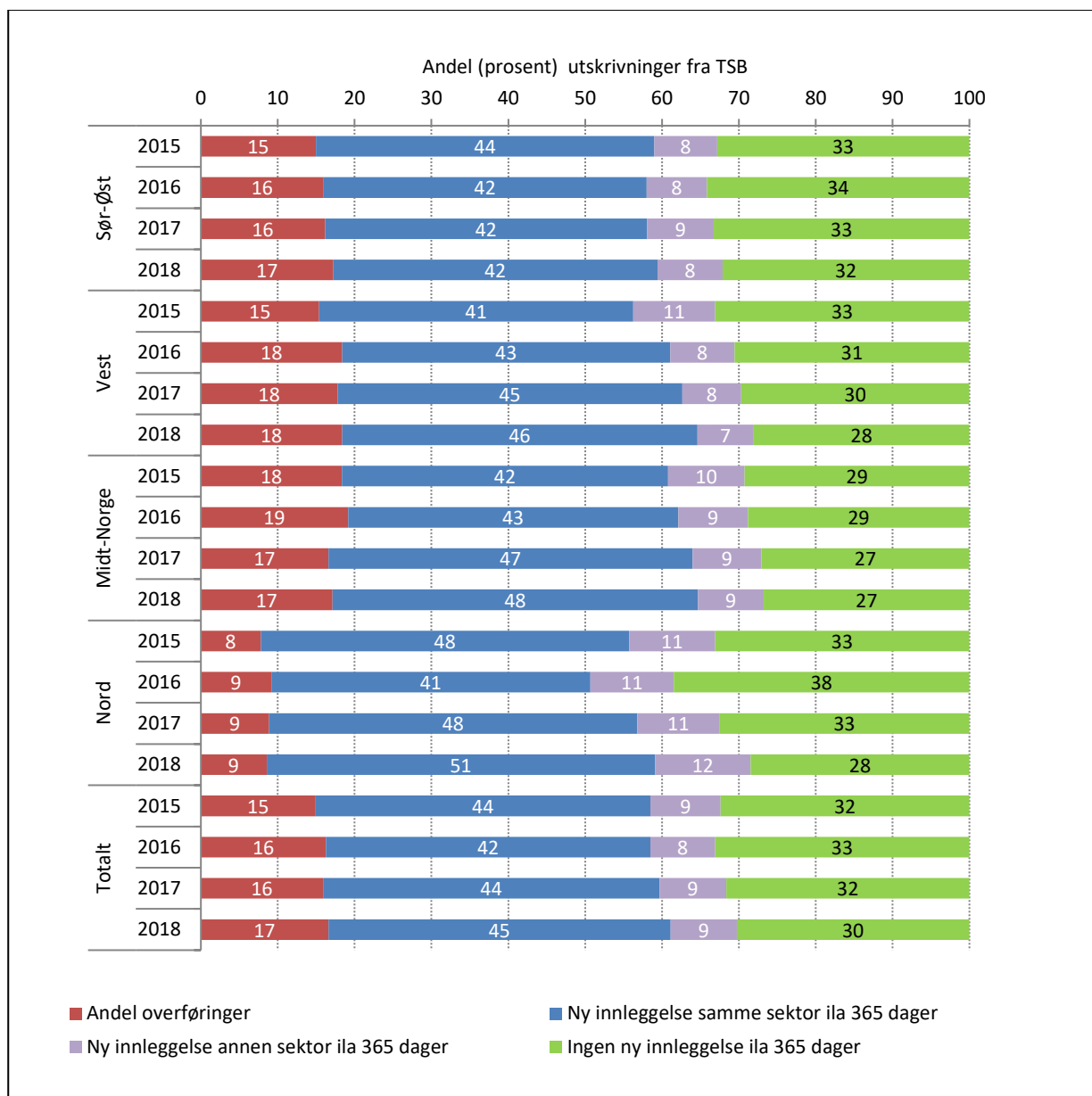
### 10.3 Forløp etter utskrivning fra døgntillegg

#### Forløp i løpet av det første året etter utskrivning

Forløp i løpet av det første året etter utskrivning viser omfang av overføringer, ny innleggelse og andel utskrivninger hvor det ikke har funnet sted ny døgntillegg for pasienten. Her er eventuell videre døgntillegg i psykisk helsevern også tatt hensyn til.

Utskrivninger fra helseforetak og private foretak innen TSB i perioden 2015-2018 er utgangspunktet for den summariske beskrivelsen av forløpet i løpet av 365 dager etter utskrivning som er presentert i figur 10-2.

Figur 10-2: Forløp i løpet av ett år etter utskrivning fra TSB. Tilknytningsregion (helseforetak) og bostedsregion (private foretak) 2015-2018.



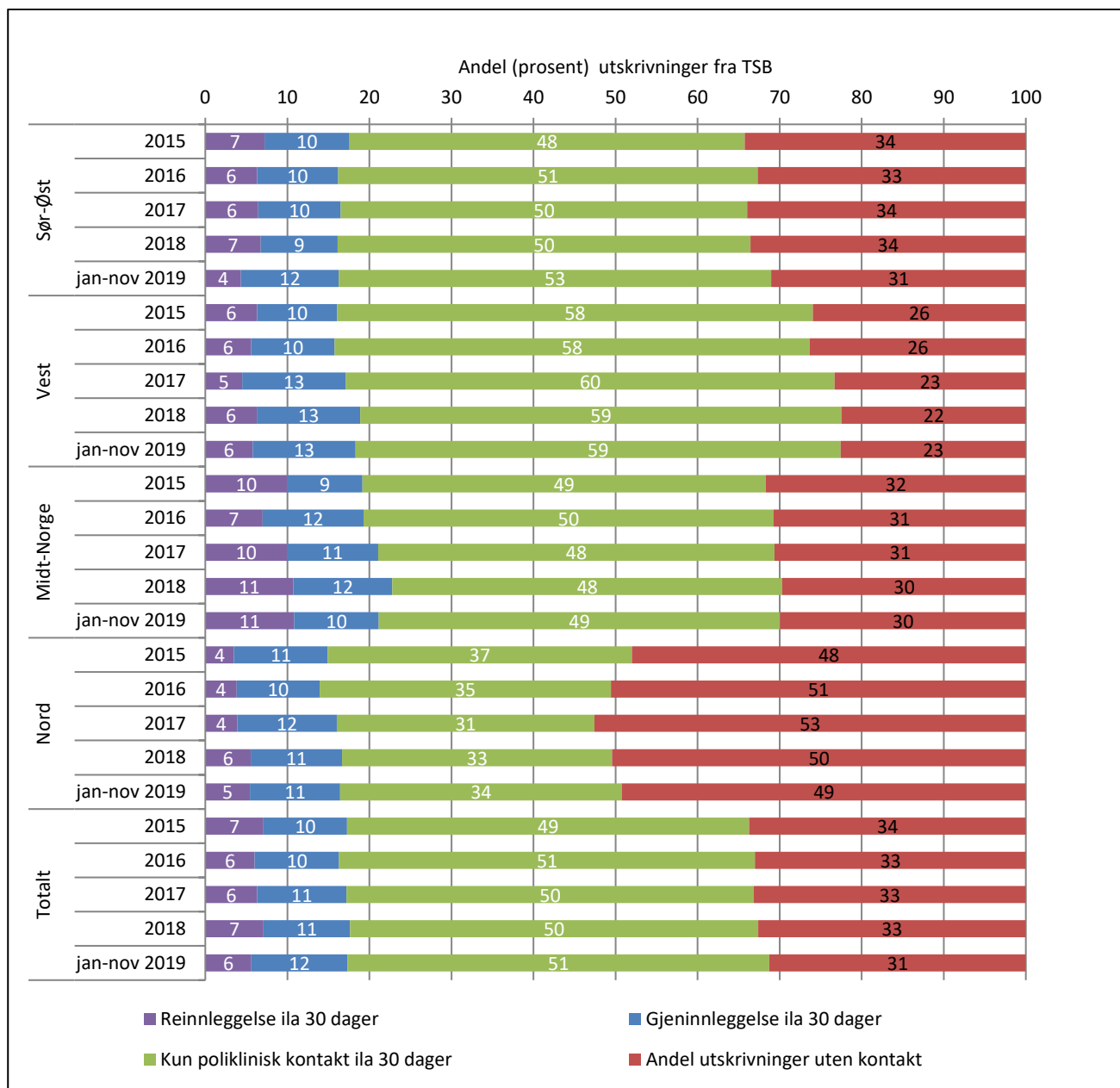
I alt 17 prosent av utskrivningene i 2018 ble videreført i form av overføring til videre døgnbehandling ved annet foretak i løpet av 2019. Dette dreide seg i all hovedsak om overføringer innen TSB hvor pasienter som ble utskrevet fra helseforetak ble overført til videre behandling ved private foretak eller vice versa. Andelen utskrivninger hvor pasienten overføres til videre døgnbehandling, øker svakt fra 2015 til 2018 og det tyder på bedre kontinuitet i døgnbehandling mellom helseforetak og private foretak. Helseforetakene og de private avtaleforetakene har ulik arbeidsdeling i regionene, men typisk arbeidsdeling kan være at utredningsarbeidet, beredskap og avrusningstilbudet tilbys ved helseforetakene mens lengre døgnbehandling tilbys ved de private foretakene.

Andel utskrivninger som etterfølges av ny innleggelse i psykisk helsevern på et senere tidspunkt, utgjør 9 prosent og har endret seg lite i løpet av perioden. Andel døgnbehandlinger som ikke etterfølges av ny døgnbehandling i løpet av året etter utskrivning utgjør 30 prosent av utskrivningene i 2018.

## Forløp i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning

I dette avsnittet har vi sett på i hvilken grad pasientene hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av den første måneden etter utskrivning fra døgnbehandling. For å beskrive dette forløpet tok vi utgangspunkt i avsluttede døgnbehandlinger ved helseforetak og private foretak i løpet av 2015-november 2019. Regionvise resultater er presentert i figur 10-3 og figur 10-4.

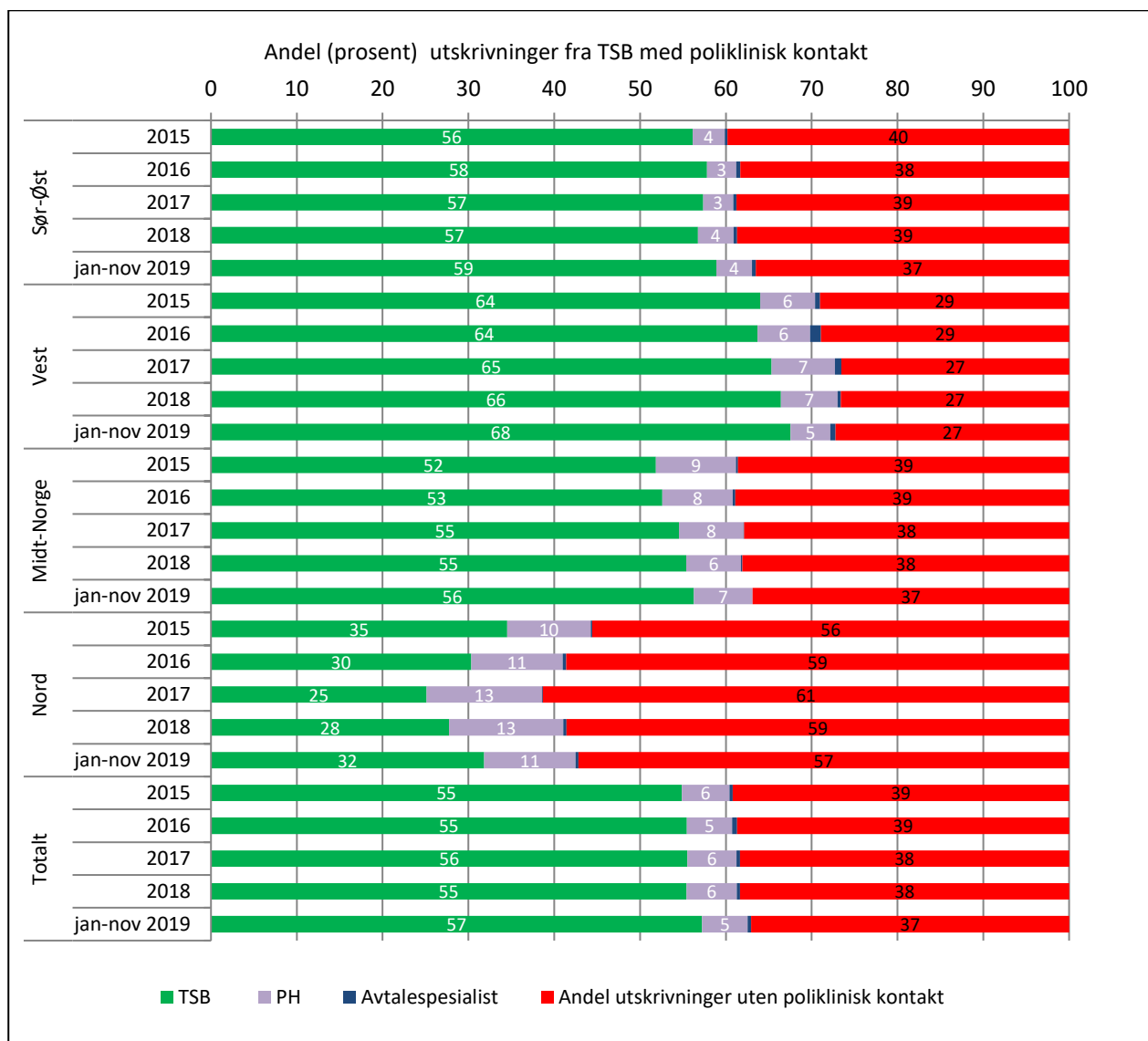
Figur 10-3: Forløp i løpet av de første 30 dager etter avsluttet døgnbehandling i TSB<sup>1</sup>. Tilknytningsregion (helseforetak) og bostedsregion (private foretak) 2015 - november 2019.



<sup>1</sup>Antall innleggelser med hastegrad øyeblikkelig hjelp i TSB er underrapportert fra Oslo universitetssykehus i 2019. Dette betyr at andel reinnleggelser for Sør-Øst og landet totalt er underestimert for jan-nov 2019 i figuren.

Samlet sett var 31 prosent av utskrivningen uten ny kontakt med TSB eller psykisk helsevern i løpet av de første 30 dagene basert på utskrivninger i 2019. Det var en nedgang på 3 prosentpoeng siden 2015. Om lag halvparten av døgnpasientene hadde kun poliklinisk kontakt med TSB eller psykisk helsevern etter utskrivning. Andel pasienter med gjeninnleggelse i løpet av den første måneden økte fra 10 til 12 prosent av utskrivningene i løpet av perioden. Omfanget av reinnleggelser (ny innleggelse som øyeblikkelig hjelp) lå på det samme nivået gjennom alle fem årene i alle regionene med unntak av Midt-Norge som hadde den høyeste forekomsten av reinnleggelser. Det er imidlertid trolig en underestimering av reinnleggelser og overestimering av gjeninnleggelser ved Sør-Øst i perioden januar-november 2019 av registreringstekniske årsaker.

Figur 10-4: Poliklinisk kontakt i løpet av de første 30 dager etter avsluttet døgnbehandling i TSB. Tilknytningsregion (helseforetak) og bostedsregion (private foretak) 2015-november 2019.



I alt var 57 prosent av utskrivningene etterfulgt av en poliklinisk kontakt i 2019. I tillegg var 5 prosent i kontakt med psykisk helsevern. Avtalespesialistene utgjorde et minimalt bidrag for denne pasientgruppen. Samlet sett var 37 prosent av utskrivningen uten poliklinisk kontakt med TSB eller

psykisk helsevern i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning i 2019. Dette er en nedgang på 2 prosentpoeng siden 2015.

## 10.4 Datagrunnlag

### **Datagrunnlag og beregninger for å vise foretaksperspektivet**

Datagrunnlaget er innrapporterte pasientdata i løpet av femårsperioden 2015-2019. Det har blitt kjent for oss at registreringen av hastegrad øyeblikkelig hjelp ved akuttposten ved OUS feilaktig har blitt registrert som elektive innleggelse for deler av året. Dette er imidlertid ikke korrigert i statistikken som viser forløp 30 dager etter utskrivning. Beregning av døgnbehandlingens varighet og forløp er basert på sammenhengende døgnbehandlinger ved helseforetak og private foretak. Foretaksoppholdet etableres sektorvis. Det vil si at døgnopphold ved poster, avdelinger og institusjoner innad i foretaket innen samme sektor lenkes sammen til foretaksopphold dersom oppholdene avløser hverandre i tid. Hensikten er å synliggjøre kjennetegn ved foretakenes behandlingstilbud i form av øyeblikkelig hjelp-tilbud, varighet av døgnbehandlingen og forløp etter utskrivning. Dersom en utskrivning videreføres til et annet foretak, blir dette synliggjort i form av ny innleggelse.

Ved beregning av forløp i løpet av det første året etter utskrivning fra foretakene, blir forløpet kategorisert i tre hovedkategorier: overføring til videre døgnbehandling, ny innleggelse for døgnbehandling på et senere tidspunkt eller ingen ny døgnbehandling i løpet av dette året. I kategorien overføring inngår overføring til et annet foretak; helseforetak eller privat foretak innen samme sektor, eller overføring til psykisk helsevern. Når det gjelder forekomsten av ny innleggelse, er ny innleggelse ved annet foretak i samme sektor eller innleggelse ved psykisk helsevern inkludert i kategorien. Innleggelse ved somatiske avdelinger er ikke inkludert.

Ved beregning av forløp i løpet av 30 dager etter utskrivning fra foretakene, er pasientens videre kontakt med psykisk helsevern eller TSB undersøkt. Her er det avsluttede døgnbehandlinger ved foretakene i løpet av perioden 2015-november 2019 som legges til grunn for beregningene. Når det gjelder ny innleggelse eller ny kontakt, er enhver kontakt med foretakene innad TSB eller i psykisk helsevern inklusive avtalespesialistene, inkludert i resultatene. Somatisk sektor er imidlertid ikke inkludert.

Foretaksoppholdene består av utskrivninger ved helseforetakene og utskrivninger ved private foretak. De private foretakene består både av avtaleinstitusjoner som i all hovedsak er private ideelle institusjoner, og private aktører som har meldt sin interesse i forbindelse med ordningen fritt behandlingsvalg (FBV). Regiontallene som presenteres i dette kapitlet er basert på helseforetakenes tilknytningsregion og bidraget fra de private foretakene er basert på pasientens bostedsregion. Resultater for hvert av helseforetakene og de private foretakene er tilgjengelig på våre nettsider<sup>20</sup>.

### **Boksplott viser varigheten av døgnoppholdet**

Døgntilbudets sammenhengende varighet presenteres ved fordelingen av antall dager og oppsummerende statistikk. Vi trenger innsikt i fordelingsformen for å beslutte hvilken oppsummerende

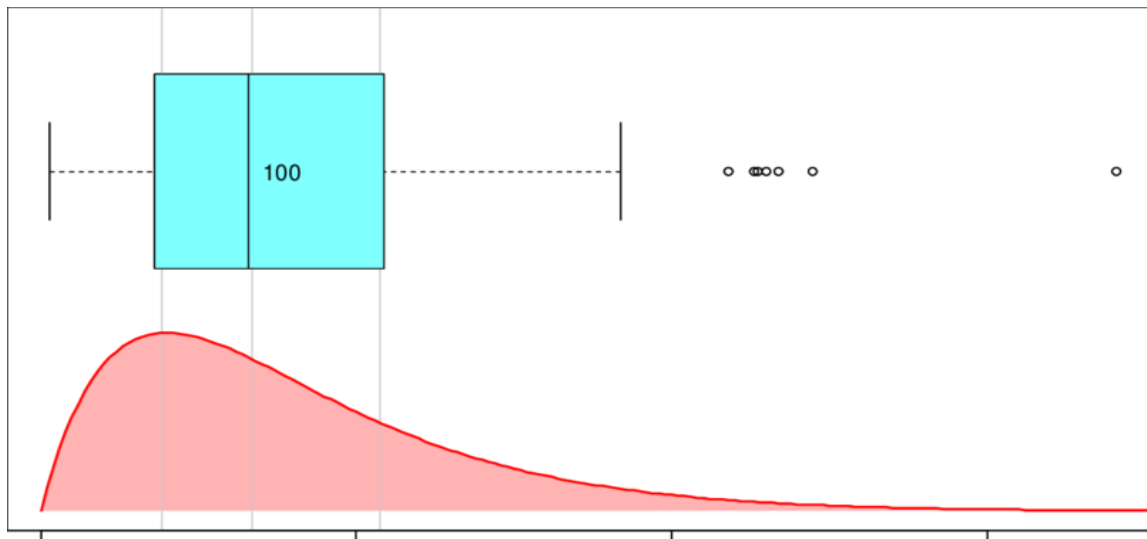
---

<sup>20</sup> <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/d2e98a86-5c17-4e94-8d95-aa0d3e9fdf94?e=false&vo=viewonly>



statistikk som kan anvendes. Når fordelingene ikke er symmetrisk fordelt om sentraltendensen, er ikke lenger antagelsen om normalfordeling gyldig og dette har konsekvenser for hvordan variabiliteten kan beskrives. Boksplott er en nyttig illustrasjonsmåte som gir innsikt i formen på slike fordelinger.

Figur v5 Sammenhengen mellom den bakenforliggende fordelingen og den skjematiske illustrasjonen i form av boksplott.



Figur v1 viser sammenhengen mellom boksplottet og fordelingen. Her er medianverdien 100 og dette angis som en strek i boksen. I tillegg angir boksens lengde avstanden fra nedre kvartil til øvre kvartil; interkvartilbredden. Median er det samme som 50 prosentilen, det betyr at 50 % av observasjonene er mindre enn median. Tilsvarende er 25 % av observasjonene mindre enn nedre kvartil (25 - prosentilen) og 75% av observasjonene mindre enn øvre kvartil (75 - prosentilen). Den nedre halen angir en nedre grense og den øvre halen angir en øvre grense. Den nedre grensen kan være 5 prosentilen og den øvre grensen kan være 95 prosentilen eller den mer robuste *estimerte* 95 prosentilen (trimpunkt):

$$\text{Trimpunkt} = Q3 + 1.5(Q3 - Q1) ; \text{ hvor } Q1 = 25 \text{ prosentil og } Q3 = 75 \text{ prosentil (Q3)}$$

# Vedleggstabell- grunnlagsdata

Nøkkeltall:	2015	2016	2017	2018	2019	Pst endr. 2018-19	Pst endr. 2015-19
<b>Pasienter <sup>1</sup></b>							
<b>Pasienter psykisk helsevern</b>							
Aldersgruppen 0-5 år	4 531	4 308	4 288	4 089	3 867	-5	-15
Aldersgruppen 6-12 år	22 104	22 050	22 965	23 097	23 072	0	4
Aldersgruppen 13-15 år	13 513	13 218	13 546	13 907	14 108	1	4
Aldersgruppen 16-17 år	11 518	11 832	11 974	11 517	11 579	1	1
Aldersgruppen 18-22 år	24 461	24 847	26 107	26 901	26 634	-1	9
Aldersgruppen 23-29 år	32 700	34 655	35 981	36 642	37 931	4	16
Aldersgruppen 30-39 år	41 671	42 604	43 061	43 881	45 480	4	9
Aldersgruppen 40-49 år	38 825	38 666	37 764	36 410	35 760	-2	-8
Aldersgruppen 50-59 år	27 101	27 488	26 900	26 843	26 577	-1	-2
Aldersgruppen 60-69 år	14 105	13 980	13 738	13 641	13 209	-3	-6
Aldersgruppen 70-79 år	6 617	7 191	7 528	7 680	7 351	-4	11
Aldersgruppen 80 år og eldre	4 793	4 802	4 809	4 638	4 389	-5	-8
<b>Pasienter TSB inkl bidrag psykisk helsevern</b>							
Aldersgruppen 16-17 år	123	133	129	146	147	1	20
Aldersgruppen 18-22 år	2 463	2 358	2 254	2 236	2 242	0	-9
Aldersgruppen 23-29 år	5 733	5 826	5 744	5 588	5 606	0	-2
Aldersgruppen 30-39 år	8 018	8 140	8 344	8 364	8 468	1	6
Aldersgruppen 40-49 år	7 985	8 087	7 933	7 724	7 712	0	-3
Aldersgruppen 50-59 år	6 074	6 369	6 475	6 380	6 537	2	8
Aldersgruppen 60-69 år	2 361	2 537	2 637	2 733	2 858	5	21
Aldersgruppen 70-79 år	351	463	506	508	530	4	51
Aldersgruppen 80-89 år	23	25	31	34	21	-38	-9
<b>Aktivitet psykisk helsevern</b>							
PHV-V Polikliniske konsultasjoner m/refusjon <sup>2</sup>	1 525 223	1 595 304	1 744 119				
PHV-V Polikliniske kontakter totalt	1 762 705	1 823 459	1 841 648	1 800 993	1 824 205	1	3
PHV-V Polikliniske kons. priv. avtalespes. (estimert)	662 511				609 058		-8
PHV-V Polikliniske kons. priv. avtalespes. (registrert)	639 288	661 887	627 490	615 230	583 810	-5	-9
PHV-V Utskrivninger	52 515	53 401	53 883	54 418	55 347	2	5
PHV-V Oppholdsdøgn	1 088 494	1 083 938	1 060 473	1 060 219	1 040 469	-2	-4
PHV-V Pasienter institusjoner og poliklinikker	143 801	147 932	150 749	150 803	153 900	2	7
PHV-V Pas. priv. avtalespes. Estimert.	54 487				50 252		-7
PHV-V Pas. priv. avtalespes. Registrert	51 566	52 882	49 548	50 012	48 302	-3	-6
PHV-V Pas. totalt Registrert	188 280	193 093	193 039	193 694	195 070	1	4
PHV-BU Polikliniske kons. m/refusjon <sup>2</sup>	817 529	821 669	840 569				
PHV-BU Polikliniske kontakter totalt <sup>3</sup>	954 644	919 856	918 764	828 142	837 469	1	-12
PHV-BU Polikliniske kons. priv. avtalespes.	28 441	28 616	26 658	27 530	26 804	-3	-6
PHV-BU Oppholdsdøgn <sup>3</sup>	82 018	83 780	88 387	93 407	86 994	-7	6
PHV-BU Pasienter off. inst <sup>3</sup>	56 162	55 527	57 252	56 679	56 357	-1	0
PHV-BU Pas. priv. avtalespes.	2 865	2 691	2 563	2 664	2 620	-2	-9
PHV-BU Pas. totalt <sup>3</sup>	58 234	57 507	59 085	58 600	58 304	-1	0
<b>Aktivitet rusbehandling (TSB)</b>							
TSB Pasienter <sup>4</sup>	32 063	32 821	32 865	32 649	33 255	2	4
TSB Innleggelse	14 392	14 433	15 104	15 367	15 522	1	8
TSB Oppholdsdøgn	627 118	644 576	645 023	631 777	642 374	2	2
TSB Polikliniske kontakter	442 124	481 270	487 604	482 649	508 578	5	15
<b>Døgnplasser</b>							
PHV-V Døgnplasser	3 664	3 541	3 444	3 390	3348	-1	-9
PHV-BU Døgnplasser	303	306	310	310	301	-3	-1
TSB Døgnplasser	1 947	1 917	1 902	1 889	1 883	0	-3

<sup>1</sup> Pasienter med gyldig alder og bostedskommune i innrapporterte pasientdata til NPR (spesialisthelsetjenesten)

<sup>2</sup> Fra 2017 ble finansieringssystemet for poliklinikkene lagt om. For dette året ble likevel takster registrert. Fra 2018 kan denne indikatoren ikke lenger benyttes. Vi benytter i stedet sum polikliniske kontakter.

<sup>3</sup> På grunn av manglende data for NKS Østbyttet behandlingssenter AS for årene 2018 og 2019, er 2017-tall for institusjonen benyttet i 2018 og 2019-tallene.

4 Antall pasienter er beregnet på grunnlag av pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister. I den forbindelse er det forhold vedrørende identifisering av rusbehandlingssenheter i pasientdata som kan påvirke pasienttallene som presenteres for sektoren:

• Sykehuset Innlandet: Ruspoliklinikk ved Lillehammer DPS er mangelfullt identifisert i pasientdata. • Sykehuset Telemark: Akuttposten kan ikke identifiseres i sin helhet i pasientdata. Poliklinisk virksomhet er delvis identifisert frem til 2015. • Helse Stavanger: Etterverns plassene inngår ikke i pasientdatarapporteringen. • Helse Fonna: Rusposten kan ikke identifiseres i sin helhet i pasientdata. Ruspoliklinikkene i Odda og Stord er delvis identifisert. Stord er identifisert i 2015. • Skjelfoss psykiatriske senter TSB mangler i 2019. • Manifestsenteret TSB mangler i 2019.



## Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2015-2019

### Utgitt

September 2020

### Bestillingsnummer

IS-2952

### Forfattere

Solfrid Elisabeth Lilleeng

Per Bernhard Pedersen

Marit Sitter

### Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

### Oslo

Helsedirektoratet

### Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

### Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

### Trondheim

### Helsedirektoratet

avd. helseregistre

avd. komparativ statistikk og  
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

Holtermanns vei 70

### Forsidefoto

@Elena Elisseeva/Mostphotos  
(illustrasjonsbilde)

### Design

Itera as

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)